

# De introductie van de Spoedeisende Hulp-arts

## Welke juridische aspecten spelen een rol?

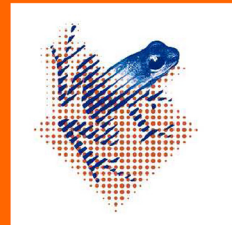
**Laurien Kamphuis**

UMCG, Centrale Spoedopvang  
RUG, Faculteit Rechtsgeleerdheid

Groningen, mei 2009



rijksuniversiteit  
groningen





# De introductie van de Spoedeisende Hulp-arts

## Welke juridische aspecten spelen een rol?

Groningen, mei 2009

Auteur  
Studentnummer

Laurien Kamphuis  
1325477

Afstudeerscriptie in het kader van

Master privaatrecht  
Faculteit Rechtsgeleerdheid  
Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

dr. J.C. ter Maaten  
Centrale Spoedopvang, UMCG

Begeleiders

mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt,  
faculteit Rechtsgeleerdheid  
Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

mr. J. Pieter, Stafconvent  
dr. J. Pols, Studentenbureau UMCG

ISBN 978-90-8827-054-3

NUR 822

Trefw Gezondheidsrecht

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2009 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie. Het sluitstuk van de master Nederlands Recht aan de faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen. Deze scriptie is het resultaat van mijn onderzoek in opdracht van het Wenckebach Ontwikkelplatform van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Het onderzoek had tot doel de juridische aspecten, die spelen bij de introductie van de Spoedeisende Hulp-arts op de Spoedeisende Hulpafdeling van het UMCG, in kaart te brengen.

Zowel binnen als buiten het recht heeft de gezondheidszorg mij altijd erg geïnteresseerd. Afstuderen in een gezondheidsrechtelijk thema leek dan ook een logische keuze. En tevens een goede keuze zo bleek, want ondanks de onvermijdelijke ups en downs die gepaard gaan met het schrijven van een scriptie, bleef ik al die tijd gelukkig wel geboeid door mijn onderwerp.

Graag zou ik een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze scriptie. Mijn dank gaat in het speciaal uit naar mijn begeleiders mr. dr. Dorscheidt, mr. Pieter en dr. Pols en opdrachtgever dr. ter Maaten, voor alle begeleiding, informatie, adviezen en vertrouwen dat ik heb mogen ontvangen. Ook zou ik bij dezen de SEH-artsen die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend willen bedanken.

Tot slot zou ik mijn ouders, broer, zus, vrienden en in het bijzonder Pieter willen bedanken voor hun nimmer aflatende interesse, steun, wijze raad en de nodige sociale afleiding op zijn tijd.

Laurien Kamphuis  
Groningen, mei 2009



# INHOUDSOPGAVE

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
1.1 PROBLEEMSCHETS .....	5
1.2 WET- EN REGELGEVING .....	5
1.2.1 De WGBO .....	5
1.2.2 De Wet BIG .....	6
1.2.3 De KZI .....	6
1.3 REGULERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG .....	7
1.4 JURISPRUDENTIE .....	8
1.5 OPLEIDING SEH-ARTS .....	9
<b>2 THEMATIEK .....</b>	<b>11</b>
2.1 INLEIDING .....	11
2.2 HUIDIGE SITUATIE MET BETREKKING TOT DE BEZETTING .....	12
2.3 HUIDIGE SITUATIE MET BETREKKING TOT DE TAAKVERDELING .....	13
2.4 HUIDIGE SITUATIE MET BETREKKING TOT DE VERANTWOORDELIJKHEIDSTOEDELING .....	14
2.5 KWALITEITSBEWAKING .....	15
2.5.1 Controle systemen .....	15
2.5.2 Supervisie .....	15
<b>3 PROBLEMATIEK .....</b>	<b>17</b>
3.1 PROBLEMATIEK MET BETREKKING TOT DE BEZETTING .....	17
3.1.1 Praktijk SHA UMCG .....	17
3.1.2 Tuchtrechtspraak .....	17
3.2 PROBLEMATIEK MET BETREKKING TOT DE TAAKVERDELING .....	18
3.2.1 Praktijk SHA UMCG .....	18
3.2.2 Tuchtrechtspraak .....	19
3.3 PROBLEMATIEK MET BETREKKING TOT DE VERANTWOORDELIJKHEIDSTOEDELING .....	19
3.3.1 Algemeen .....	19
3.3.2 Praktijk SHA UMCG .....	20
3.3.3 Tuchtrechtspraak .....	21
3.4 ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG .....	22
3.4.1 Organisatorische aspecten .....	22

3.4.2 Politieke ontwikkelingen.....	23
<b>4 JURIDISCHE ANALYSE .....</b>	<b>25</b>
4.1 RESUMÉ PRAKTIJK EN TUCHTRECHTSpraak .....	25
4.2 ANALYSE VAN DE BEZETTING VAN DE AFDELING .....	25
4.2.1 Afstemming beleid op bezetting .....	25
4.2.2 Verantwoordelijkheid directeur-patiëntenzorg.....	27
4.2.3 Terugkoppeling SHA UMCG .....	28
4.3 ANALYSE VAN DE TAAKVERDELING OP DE AFDELING.....	29
4.3.1 Duidelijke afspraken en communicatie .....	29
4.3.2 Tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid afdelingshoofd .....	30
4.3.3 Protocollering.....	30
4.4 ANALYSE VAN DE VERANTWOORDELIJKHEIDSTOEDELING BINNEN DE AFDELING.....	31
4.4.1 Hoofdbehandelaarschap .....	31
4.4.2 Triagesysteem .....	31
4.4.3 Bekwaamheid .....	32
4.4.4 Terugkoppeling SHA UMCG .....	32
4.5 ANALYSE VAN ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG.....	33
4.6 BEROEPSGROEP SPOEDEISENDE HULP-ARTSEN.....	33
<b>5 CONCLUSIES, AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN .....</b>	<b>35</b>
5.1 CONCLUSIES .....	35
5.1.1 Bezetting van de afdeling .....	35
5.1.2 Taakverdeling op de afdeling .....	35
5.1.3 Verantwoordelijkheidstoedeling binnen de afdeling.....	36
5.2 AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN.....	36
5.3 TOT SLOT .....	37
<b>6 LIJST VAN GERAADPLEEGDE EN VERKORT AANGEHAALDE BRONNEN .....</b>	<b>39</b>





## Samenvatting

De Spoedeisende Hulp-arts (SEH-arts) is een betrekkelijk nieuw fenomeen in de Nederlandse ziekenhuizen. Waar de SEH-arts in landen om ons heen al sinds lange tijd een erkend medisch specialisme is, is dat in Nederland niet het geval.

In 2000 is door een aantal ziekenhuizen begonnen met de ontwikkeling van een opleiding tot SEH-arts. In januari 2009 zijn de opleidings- en erkenningseisen voor de SEH-arts vastgesteld en goedgekeurd door het Centraal College Medische Specialisten. In januari 2009 is de SEH-arts ook geïntroduceerd op de Spoedeisende Hulp-afdeling (SHA) van het UMCG.

De introductie van de SEH-arts op de SHA van het UMCG brengt logischerwijs organisatorische gevolgen met zich mee voor de samenstelling en taakverdeling op de afdeling. Aan deze organisatorische gevolgen kunnen juridische aspecten kleven. Voldoet de nieuwe personele bezetting bijvoorbeeld wel aan de eisen die de wet hieraan stelt? Het doel van het onderzoek is om de belangrijkste juridische gevolgen in kaart te brengen. De probleemstelling luidt dan ook: 'Welke juridische aspecten spelen een rol bij de introductie van de SEH-arts op de SHA?'

Bij de beantwoording van de probleemstelling staan drie thema's centraal. Achtereenvolgens zijn dat de bezetting, de taakverdeling en de verantwoordelijkheidstoedeling op de afdeling.

Bij het thema bezetting van de afdeling wordt duidelijk dat, mocht er sprake zijn van een geringe personele bezetting, de verantwoordelijkheid hiervoor bij meerdere personen ligt. Zowel de arts zelf, het afdelingshoofd als de directeur-patiëntenzorg hebben hier een verantwoordelijkheid. Als de introductie van de SEH-arts bijdraagt aan een betere afgestemde personele bezetting van de afdeling, draagt dit bij aan een meer verantwoorde zorg.

Bij het thema taakverdeling op de afdeling blijkt dat een heldere taakverdeling en duidelijke communicatie cruciaal is. Ook hier heeft de arts een eigen verantwoordelijkheid waarvoor hij zelfs tuchtrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. Naast de arts is ook het afdelingshoofd verantwoordelijk voor een heldere taakverdeling en duidelijke communicatie.

Rechtspraak en literatuur binnen het thema verantwoordelijkheidstoedeling geven weer dat een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling van groot belang is. Alle ziekenhuizen dienen te beschikken over een regeling die het hoofd- en medebehandelaarschap regelt. Bij de implementatie van deze regeling ligt de verantwoordelijkheid bij de afdeling. De controle van de implementatie moet echter door het ziekenhuis geschieden.

In dit zelfde kader speelt ook de mogelijkheid van een 'collectieve' tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid. Zowel uit de politiek als de tuchtrechtspraak blijkt dat er behoefte is aan een mogelijkheid tot 'collectieve' verantwoordelijkheid.

Uit tuchtrechtspraak blijkt dat, naast de individuele verantwoordelijkheid van de zorgverlener, organisatorische aspecten van de zorg een steeds grotere rol spelen in het komen tot de vereiste kwaliteit van zorg. De overheid stelt steeds hogere eisen aan de kwaliteit van zorg en patiëntenrechten worden meer en meer versterkt. Verbeteringen en aanpassingen die een bijdrage leveren aan een meer verantwoorde zorg dienen daarom een hoge prioriteit te krijgen.



## Inleiding

In 2004 publiceert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een onderzoek naar de kwaliteit van spoedopvang in Nederland. De Inspectie geeft dit rapport de titel:

*'Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed'*.<sup>1</sup> Een veelzeggende titel; het rapport concludeert dan ook dat er veel ruimte is voor verbetering van de spoedopvang in Nederland. Een van de aanbevelingen van de IGZ, ter verbetering van de kwaliteit van zorg, is het laten erkennen van de Spoedeisende Hulp-arts (SEH-arts) als apart specialisme door het Centraal College Medische Specialisten (CCMS).

In januari 2009 is de eerste stap op weg naar deze erkenning gezet. De opleidings- en erkenningseisen voor de SEH-arts zijn op die datum vastgesteld en goedgekeurd door het CCMS. De introductie van de SEH-arts op de Spoedeisende Hulp-afdeling (SHA) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is sinds januari 2009 ook een feit.

Doordat de SEH-arts een vaste plaats krijgt op de SHA van het UMCG verandert de samenstelling van de personele bezetting van deze afdeling. Ook zullen de taakverdeling en verantwoordelijkheidstoedeling op de afdeling aangepast moeten worden. De introductie van de SEH-arts heeft naast organisatorische ook juridische gevolgen.

Ter illustratie: de personele bezetting van een afdeling moet zijn afgestemd op de vraag naar zorg. Is de personele bezetting niet goed afgestemd op de zorgvraag, dan kan niet de best mogelijke zorg worden geleverd. De vraag is dan: voldoet de bezetting van de afdeling aan de eisen die de wet hieraan stelt?

De introductie van de SEH-arts op de SHA en de (juridische) aspecten die hiermee gepaard gaan, zijn aanleiding voor dit onderzoek. Het doel van het onderzoek,

uitgewerkt in deze scriptie, is om de belangrijkste juridische gevolgen in kaart te brengen. De probleemstelling luidt dan ook: 'Welke juridische aspecten spelen een rol bij de introductie van de SEH-arts op de SHA?'

Om deze vraag te kunnen beantwoorden dient men zich een goed en duidelijk beeld te vormen van de dagelijkse praktijk op de SHA. In dit kader zijn gesprekken gevoerd met de medisch coördinator van de SHA, dr. J.C. ter Maaten. Ook is een dag meegelopen op de SHA met SEH-arts drs. E.K. van de Meeberg.

Na bestudering van de praktijk, de literatuur, de rechtspraak en de gevoerde gesprekken, wordt duidelijk dat drie thema's centraal staan bij de beantwoording van de probleemstelling. Achtereenvolgens zijn dat de bezetting, de taakverdeling en de verantwoordelijkheidstoedeling op de afdeling.

Nadat het juridisch kader uiteen is gezet in hoofdstuk 2, zal in het derde hoofdstuk de dagelijkse praktijk aan de hand van de drie thema's worden uiteengezet. In hoofdstuk 4 wordt vervolgens een aantal juridische vraagstukken per thema beschreven, waarna in hoofdstuk 5 een juridische analyse daarvan plaatsvindt.

---

<sup>1</sup> [www.igz.nl](http://www.igz.nl)



# 1 Het juridisch kader

## 1.1 Probleemschets

De SHA van een ziekenhuis is een complexe, diverse organisatie. Hier werken onder andere verpleegkundigen, medisch specialisten, arts-assistenten in opleiding tot specialist (AIOS), arts-assistenten niet in opleiding (ANIOS) en co-assistenten. Samen proberen zij patiënten een kwalitatief goede zorg te bieden. De samenstelling van de SHA laat zien dat er verschil bestaat in opleiding- en ervaringsniveau van de verschillende werknemers. Dit hoeft niet direct te leiden tot problemen in de kwalitatieve zorgverlening, mits de zorg goed georganiseerd is. Op verscheidene SHA's in Nederland is de SEH-arts al enkele jaren werkzaam. Deze SEH-arts is geïntroduceerd vanwege een behoefte aan kwalitatieve continuïteit op de SHA. Tot op de dag van vandaag worden de SHA's meestal bemand door snel wisselende groepen van onervaren artsen die niet zijn opgeleid om de toestroom van acuut zieke en gewonde patiënten op te vangen. Ook AIOS werken slechts tijdelijk op de SHA.<sup>2</sup>

In 2000 is door vier ziekenhuizen begonnen met de ontwikkeling van een opleiding tot SEH-arts. In deze driejarige opleiding wordt de SEH-arts opgeleid om de medische urgentie te bepalen en de eerste aangewezen behandeling in te stellen. Zo nodig vraagt de SEH-arts een specialist in consult.<sup>3</sup> Van de SEH-arts wordt, kort gezegd, verwacht dat hij in meerdere specialismen min of meer thuis is.<sup>4</sup> De SEH-arts biedt de eerste zorg aan de op de SHA binnen gekomen acute patiënt. Tevens is hij in staat de zelfverwijzers adequaat en efficiënt te behandelen. Waar de SEH-arts in verschillende landen om ons heen al tijden een erkend medisch specialisme is, is dat in Nederland niet

het geval. De introductie van de SEH-arts in Nederland brengt dan ook een aantal juridische vragen met zich mee. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de vraag waar de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg ligt of waar aansprakelijkheidsrisico's zich voordoen. In de komende hoofdstukken worden de juridische vragen in kaart gebracht en wordt getracht een antwoord te geven op deze vragen. Maar eerst volgt in de komende paragrafen een uiteenzetting van de wetgeving, literatuur en jurisprudentie die het mogelijk maakt een antwoord op bovengeschetste vragen te kunnen geven.

## 1.2 Wet- en regelgeving

Bij de beantwoording van de hiervoor geschetste vragen spelen de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) een rol.

### 1.2.1 De WGBO

De WGBO bevat bepalingen die de geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen opdrachtgever (vaak de patiënt) en hulpverlener regelen. De WGBO is ingebed in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De rechten en plichten van hulpverlener en patiënt zijn dwingendrechtelijk bepaald in de WGBO. Zodoende kan de patiënt naleving van de wet via de rechter afdwingen. In de WGBO is een aantal artikelen van belang bij het beantwoorden van vraagstukken die kunnen spelen bij de introductie van de SEH-arts.

In de WGBO zijn specifieke rechten en plichten, bijvoorbeeld het recht van de patiënt op geen inlichtingen ex. artikel 7:449 BW en de dossierplicht van de hulpverlener ex. artikel 7:454 BW, vastgelegd. Daarnaast bepaalt het meer algemene artikel 7:453 BW, dat een

<sup>2</sup> Position Paper SEH-arts 2006, p.3

<sup>3</sup> M.P. Simons c.s., 'Vijf jaar opleiding SEH-arts', *Medisch Contact*, 2005, 40

<sup>4</sup> Daar waar wordt gesproken over hij/zijn kan men tevens zij/haar lezen

hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen, en daarbij moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. De invulling van de professionele standaard wordt verder besproken in paragraaf 2.3.

Vervolgens bepaalt artikel 7:462 BW dat indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk is, als ware het zelf partij bij de overeenkomst.

Ten slotte bepaalt artikel 7:463 BW dat de aansprakelijkheid van een hulpverlener of, in het geval van artikel 7:462 BW van het ziekenhuis, niet kan worden beperkt of worden uitgesloten.

### 1.2.2 De Wet BIG

De Wet BIG regelt de beroepen en de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. De doelstelling van de wet is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Tevens voorziet de wet in een stelsel van toezicht en handhaving.<sup>5</sup> Bij de beantwoording van de hiervoor geschetste vragen spelen vooral de artikelen 3, 14 en 47 Wet BIG een rol. In artikel 3 Wet BIG is bepaald dat bepaalde beroepsgroepen, waaronder de arts, moeten worden ingeschreven in het BIG-register. Eén van de voorwaarden om voor registratie in aanmerking te komen, is het beschikken over het bewijs dat de vereiste opleiding is gevolgd.<sup>6</sup> Zonder registratie mag de beroepstitel niet worden gevoerd.

Op 1 januari 2009 treedt artikel 8 Wet BIG in werking. Dit artikel voorziet in een systeem van herregistratie; bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald dat na een bepaalde periode de inschrijving in het register wordt doorgehaald als men geen bijscholing heeft gevolgd of

beroepswerkzaamheden heeft verricht.<sup>7</sup> Dit systeem van herregistratie beoogt de kwaliteit en bekwaamheid te beschermen.

Artikel 14 Wet BIG geeft een regeling voor de wettelijke bescherming van de specialistentitel. Het voeren van een specialistentitel impliceert de erkenning van deskundigheid en verschafft het publiek inzicht in iemands bijzondere kwalificaties en wat hem/haar onderscheidt van personen met kwalificaties op andere vakgebieden.<sup>8</sup> In 2008 valt de SEH-arts niet onder artikel 14 Wet BIG, en is dus geen apart specialisme. Op 1 januari 2009 treedt echter het door het CCMS goedgekeurde besluit Spoedeisende Geneeskunde in werking. In dit besluit zijn de opleidings- en erkenningseisen voor het profiel Spoedeisende Geneeskunde neergelegd. In paragraaf 2.5 wordt verder ingegaan op de betekenis van dit besluit voor de SEH-arts. Artikel 47 Wet BIG opent de mogelijkheid voor tuchtrechtelijke verantwoording van een beroepsbeoefenaar. Artikel 47 Wet BIG noemt twee tuchtnormen: één zorgvuldigheidsnorm voor het handelen ten opzichte van degene die hulp behoeft en één zorgvuldigheidsnorm voor het niet persoonsgebonden handelen van de beroepsbeoefenaar. Beide normen zijn abstract en niet verder geconcretiseerd in de Wet BIG. Deze moeten worden ingevuld door onder andere vaktechnische normen, gedrageregels of richtlijnen en rechtsregels.<sup>9</sup>

### 1.2.3 De KZI

De KZI stelt globale eisen aan de zorg. Hierbij is de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor de kwalitatief goede zorg het uitgangspunt. De individuele zorginstellingen moeten de globale eisen die de wet stelt zelf nader uitwerken.

Volgens artikel 2 KZI dient de zorgaanbieder verantwoorde zorg aan te bieden. Onder verantwoorde zorg wordt krachtens artikel 2 KZI verstaan: zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht

<sup>5</sup> Dorscheidt & De Die 2008, p. 15

<sup>6</sup> De Die & Hoorenman 2003, p. 16

<sup>7</sup> Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 81

<sup>8</sup> Dorscheidt & De Die 2008, p. 60

<sup>9</sup> De Die & Hoorenman 2003, p.56-58

wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

Daarnaast eist artikel 3 KZI dat de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert, de instelling zowel kwalitatief en kwantitatief zodanig van personeel en materieel voorziet, en zorg draagt voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Tevens is de zorginstelling krachtens artikel 4 KZI belast met de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een en ander brengt met zich mee dat de zorginstelling een grote verantwoordelijkheid draagt met betrekking tot de kwaliteit van zorg. De verantwoordelijkheidstoedeling valt volgens artikel 3 KZI ook toe aan de instelling. Dit zal zeker een rol gaan spelen bij de beantwoording van de juridische vragen die rijzen bij de introductie van de SEH-arts.

### 1.3 Regulering van de gezondheidszorg

Alvorens nader in te gaan op thema's die een rol spelen bij de introductie van de SEH-arts, wordt eerst kort weergegeven op welke manier de regels in de gezondheidszorg tot stand komen.

In de gezondheidszorg heeft van oudsher al een spanning bestaan tussen publieke regulering door de overheid en zelfregulering door de professies zelf. In de twintigste eeuw is de publieke regulering van de gezondheidszorg en daarmee ook van de beroepsuitoefening sterk toegenomen. Dit kwam voort uit een groeiende behoefte vanuit de samenleving. De rechten van de patiënt, de kosten die de gezondheidszorg met zich meebrengt en de evolutie van de geneeskunde speelden hier onder andere een rol.<sup>10</sup>

De overheid spitst zich bij de publieke regulering vooral toe op het medisch handelen en de kwaliteit hiervan. Op het gebied van de materiële inhoud van de 'medisch-professionele standaard' stelt de overheid zich doorgaans

terughoudend op. Hier regelt de overheid wettelijk weinig en wordt veel overgelaten aan zelfregulering. Dit komt voort uit het feit dat de deskundigheid van de overheid op dit gebied vaak beperkt is.<sup>11</sup>

Bepaalde overheidsregulering als de KZI en de WGBO is zelfs bedoeld om door zelfregulering te worden aangevuld.<sup>12</sup> Dit blijkt uit het eerder genoemde artikel 7:453 BW, dat spreekt over een 'medisch-professionele standaard'. Leenen omschrijft de 'medisch-professionele standaard' als volgt: 'het zorgvuldig volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring handelen als een redelijk bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel'.<sup>13</sup> De invulling van deze 'medisch-professionele standaard' wordt deels door de beroepsgroep zelf gegeven. Zo vereist deze standaard de dat de hulpverlener zich voortdurend op de hoogte stelt van de relevante vakliteratuur op zijn gebied.<sup>14</sup> Ook de inhoud van 'een redelijk bekwaam arts' dient de beroepsgroep zelf in te vullen. Een arts dient zichzelf redelijk bekwaam te achten alvorens hij handelt. In het kader van de kwaliteitszorg kan een instelling de bekwaamheid van artsen ook periodiek toetsen en zo nodig bijscholen.<sup>15</sup> Ook geeft de beroepsgroep of instelling met behulp van richtlijnen of protocollen inhoud aan de standaard.

De regels en normen die voortkomen uit zelfregulering kunnen ook door de tucht- en civiele rechter worden toegepast.<sup>16</sup> Dit gegeven laat duidelijk de betekenis van zelfregulering in de praktijk zien. Toch moet men oppassen voor een praktijk waarin richtlijnen en protocollen worden gemaakt enkel om een (defensief) juridisch doel te dienen. De juridische betekenis van dergelijke regels dienen een

<sup>10</sup> Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 13

<sup>11</sup> Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 18

<sup>12</sup> Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008, p. 7

<sup>13</sup> Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 34

<sup>14</sup> Legemaate (red.) 1998, p. 14

<sup>15</sup> De Die & Hoorenman 2003, p. 11

<sup>16</sup> Legemaate (red.) 1998, p. 22



afgeleide te zijn van hun eigenlijke doel: het bevorderen en bewaken van kwalitatief goede hulpverlening.<sup>17</sup> Regulering van de gezondheidszorg gebeurt dus deels door de beroepsgroep zelf. Deze zelfregulering biedt wellicht uitkomst bij het oplossen van de juridische vraagstukken die gepaard gaan met de introductie van de SEH-arts. In de komende hoofdstukken zal verder op deze mogelijkheid worden ingegaan.

#### 1.4 Jurisprudentie

Gezien de relatief korte tijd dat de SEH-arts werkzaam is in de Nederlandse ziekenhuizen, is er weinig jurisprudentie die specifieke juridische problemen rondom de SEH-arts weergeeft. Wel zijn er verwante thema's als aansprakelijkheid naar aanleiding van bezettingsgraad van de afdeling, bekwaamheid van de arts, de verantwoordelijkheidsverdeling en collectieve verantwoordelijkheid die reeds door de verschillende rechters in ons land zijn beantwoord. In Nederland kan een arts zowel strafrechtelijk, civielrechtelijk als tuchtrechtelijk worden veroordeeld. Vanwege het medisch inhoudelijke element van het tuchtrecht zal alleen het tuchtrecht behandeld worden. Bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund, maar om de vraag '(...) of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.<sup>18</sup> De uitspraken over de verwante thema's kunnen de juridische vragen die bij de introductie van de SEH-arts spelen wellicht deels beantwoorden. Hierna zal een paar uitspraken over deze thema's kort worden weergegeven.

---

<sup>17</sup> Legemaate (red.) 1998, p. 23

<sup>18</sup> RTC Zwolle 13 december 2007, 2005/148

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) heeft zich al eens uitgesproken over de mogelijkheid dat artsen collectief verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor het handelen van een der artsen. Het betrof in deze zaak een maatschap gynaecologen waarbij het praktijk was dat patiënten door wisselende gynaecologen werden gezien en dat er gezamenlijke ochtendbesprekingen plaatsvonden waarin het beleid en de behandeling werden afgesproken. In deze casus is de baby van een patiënte kort na geboorte overleden door een te laat gestelde diagnose. De vraag was welke gynaecoloog hiervoor aansprakelijk kon worden gehouden? Het CTG oordeelde dat in geval van een maatschap waarbij de praktijkvoering zodanig ingericht is dat niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend zien en gezamenlijke ochtendbesprekingen, waarin het beleid en de behandeling wordt afgesproken, iedere arts in die maatschap in beginsel verantwoordelijk is voor die wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt gevoerde beleid.<sup>19</sup>

In een andere uitspraak van de tuchtrechter komt de bekwaamheid van een arts-assistent aan de orde. De chirurg-supervisor was niet op de hoogte van de bekwaamheid van de arts-assistent. Volgens vaste tuchtrechtspraak luidt de verhouding arts-assistent versus supervisor als volgt: 'of een supervisor de zorg voor een patiënt aan een arts-assistent kan overlaten wordt in hoofdzaak bepaald door de mate waarin de arts-assistent voor zijn taak berekend is en bekwaam kan worden geacht voor het verrichten van bepaalde handelingen. Heeft de arts-assistent geen of onvoldoende bekwaamheid voor het beoordelen van een trauma of het verrichten van bepaalde handelingen, dan zal de supervisor met dat gemis rekening moeten houden door hem niet in te zetten op het betreffende gebied, dan wel het gemis in bekwaamheid van de arts-assistent moeten compenseren door zelf direct aan

---

<sup>19</sup> CTG 4 maart 2004, 2002/224

te treden en de patiënt te zien. Twijfel daaromtrent aan de kant van de arts-assistent of de supervisor zal nimmer voor rekening van de patiënt mogen komen. In dat geval moet de supervisor de patiënt altijd zelf onderzoeken.<sup>20</sup> In dezelfde zaak vraagt de tuchtrechter zich af of het betreffende ziekenhuis als werkgever van de arts-assistent en als instelling in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen de zorgverlening wel heeft georganiseerd in overeenstemming met die wet, met name waar het gaat om verantwoordelijkheids-toedeling.<sup>21</sup> Dit laatste punt laat zien dat er voor het ziekenhuis een grote rol is weggelegd daar waar het gaat om een adequate verantwoordelijkheidsverdeling op een afdeling.

In de volgende casus die voor het CTG komt heeft een gynaecologe een zware bevalling 's avonds overgelaten aan de dienstdoende arts-assistent en co-assistent. De pasgeborene komt te overlijden. Het CTG oordeelt dat de gynaecologe niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor de geringe personele bezetting in het ziekenhuis gedurende nacht- en weekenddiensten, maar acht haar wel verantwoordelijk voor het onvoldoende afstemmen van haar eigen beleid ten opzichte de patiënte, gezien haar bekendheid met de geringe personele bezetting. Zij had bijzondere, duidelijke en bij voorkeur schriftelijke instructies voor het te voeren beleid moeten afgeven en had zich tijdig in het ziekenhuis van klagsters situatie op de hoogte moeten stellen.<sup>22</sup>

Tot slot een uitspraak van het CTG in een zaak waar een patiënt zonder verwijzing op de SHA komt met een lekkend aneurysma. Hij wordt tweemaal geopereerd maar overlijdt toch enkele dagen later. De familie van de overledene spreekt de arts, die tevens directeur-patiëntenzorg is, aan op de organisatie van de SHA. Er zou onder andere sprake zijn van een gebrekkige

verslaglegging, onduidelijkheid over wie verantwoordelijk was voor de patiënt na zijn binnenkomst en het duurde te lang voordat de patiënt door een poortarts werd gezien. Hier oordeelde het CTG als volgt: de klacht betrof het functioneren van verweerder in zijn hoedanigheid als directeur-patiëntenzorg en raakte in dit geval niet zijn hoedanigheid als arts. Artikel 47 lid 2 Wet BIG noemt de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg niet en dus is de arts in hoedanigheid als directeur-patiëntenzorg niet onderworpen aan tuchtrecht op grond van de Wet BIG.<sup>23</sup> Dit valt inmiddels onder de vaste rechtspraak van het CTG.<sup>24</sup> Dit staat echter in schril contrast met de uitspraken van het Regionaal Tuchtcollege (RTC) in soortgelijke zaken, maar daarover volgt in hoofdstuk 5 meer.

## 1.5 Opleiding SEH-arts

Tegelijk met de behoefte aan de SEH-arts kwam ook de behoefte aan een degelijke, uniforme opleiding tot SEH-arts. Als gevolg hiervan zijn in 2000 vier ziekenhuizen, waaronder het Universitair Medisch Centrum Groningen, als experiment van start gegaan met de ontwikkeling van een driejarige opleiding tot SEH-arts.<sup>25</sup> In augustus 2007 is het curriculum van de opleiding tot Spoedeisende Hulp Arts door de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde goedgekeurd.

Het curriculum bevat een zevental competenties op welk gebied de SEH-arts bekwaam dient te zijn. Deze zeven competenties zijn dezelfde zeven algemene competenties die de bekwaamheid van de Nederlandse specialist beschrijven, te weten: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.<sup>26</sup>

<sup>20</sup> Zie ook RTC Amsterdam 12 maart 2002, stcr. 2002, 85

<sup>21</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 64, 65, 373-375

<sup>22</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/068 eveneens verschenen in Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2005, nr. 2005/12

<sup>23</sup> CTG 13 februari 2001, 1999/210

<sup>24</sup> Dorscheidt & De Die 2008, p. 90

<sup>25</sup> M.P. Simons c.s., 'Vijf jaar opleiding SEH-arts', *Medisch Contact*, 2005, 40

<sup>26</sup> Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp Arts 2007, 34-38

In het curriculum zijn ook competenties te vinden die kenmerkend zijn voor de SEH-arts. Zo is het de bedoeling dat de SEH-arts de voortgang van de processen in de patiëntenzorg op de SHA coördineert. De SEH-arts moet de transmurale koppeling zijn in de acute zorgketen, naar de acute huisartszorg en de ambulancehulpverlening. De SEH-arts dient tevens over algemene managementvaardigheden omtrent het ziekenhuis te beschikken en dient in staat te zijn de functie van medisch manager van de SHA in te vullen. Uit deze punten vloeit voort dat van de SEH-arts méér verwacht wordt dan enkel medisch inhoudelijke competenties. Het lijkt erop dat met de introductie van de SEH-arts ook een wijziging in de structuur van de SHA gepaard moet gaan. Als deze wijziging zou leiden tot effectievere zorg en bijvoorbeeld minder lange wachttijden, dan kan dat de kwaliteit van zorg ook ten goede komen.

Op 1 januari 2009 treedt het door het Centraal College Medische Specialisten (CCMS) goedgekeurde Besluit Spoedeisende Geneeskunde in werking. Dit besluit omvat de opleidings- en erkenningseisen voor het profiel Spoedeisende Geneeskunde. De opleidingseisen volgen uit het hiervoor genoemde curriculum. Deze erkenning brengt met zich mee dat de SEH-arts niet langer alleen de status van basisarts bezit. De erkenning brengt tevens met zich mee dat de opleidingseisen nu uniform geregeld zijn. Een geüniformeerde opleiding komt de kwaliteit van de zorg ten goede. De profielerkenning door het CCMS is een eerste stap op weg naar de erkenning – ook door de wetgever van de Spoedeisende Geneeskunde als apart specialisme.

## 2 Thematiek

### 2.1 Inleiding

De Spoedeisende Hulp-afdeling (SHA) is de afdeling waar de SEH-arts zijn werkzaamheden uitvoert. Bij het in kaart brengen van de juridische aspecten die spelen bij de introductie van de SEH-arts op de SHA, komen verschillende thema's naar voren. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgend de thema's bezetting van de afdeling, taakverdeling op de afdeling en verantwoordelijkheidstoedeling binnen de afdeling aan de orde.

Ter verduidelijking zal eerst de huidige situatie op de SHA worden besproken. Deze bespreking zal worden beperkt tot de situatie op de SHA in het UMCG. Het beeld komt voort uit een gesprek met dr. J. ter Maaten; medisch coördinator SHA en opleider van de SEH-opleiding binnen het UMCG.

Op de SHA in het UMCG zijn specialisten, SEH-artsen, verpleegkundigen, AIOS, ANIOS en co-assistenten werkzaam. Al naar gelang hun specialisatie werken zij op de traumazijde of op de non-traumazijde van de SHA. De traumazijde verschilt qua bezetting enigszins van de non-traumazijde. Aan de non-traumazijde is er een internist of andere specialist als supervisor aanwezig op de werkvloer. Aan de traumazijde is er een 'oudste' chirurgie aanwezig als supervisor. Een 'oudste' chirurgie is een AIOS die zich in een van de laatste jaren van zijn opleiding tot chirurg bevindt. Deze 'oudste' chirurgie overlegt indien nodig met zijn eigen supervisor: een chirurg. Een patiënt die zelf naar de SHA is gekomen wordt beoordeeld naar urgentie en vervolgens naar trauma of non-trauma. De verdeling in trauma/non-trauma bepaalt waar de medische eindverantwoordelijkheid ligt.<sup>27</sup> Binnen

de verdeling trauma/non-trauma is er ook weer een verdeling naar specialisme. Zo wordt elke patiënt die binnenkomt al

naar gelang zijn aandoening ingedeeld naar specialisme. De verdere indeling naar specialisme is het gevolg van het karakter van de SHA in het UMCG. Waar de meeste afdelingen in het UMCG een zelfstandige afdeling zijn, is de SHA meer een faciliteit voor andere afdelingen van het UMCG. Allerlei specialismen maken gebruik van de SHA. Met bepaalde specialismen zijn afspraken gemaakt over welke verwezen patiënten het betreffende specialisme de leiding en verantwoordelijkheid neemt. Het is uiteindelijk de bedoeling dat de SHA ook een zelfstandige afdeling wordt.

Het UMCG heeft zich, middels de projectgroep 'Nieuwe opzet Centrale Spoedopvang', eind 2006 gebogen over een nieuwe opzet van de SHA. De aanleiding voor de noodzakelijkheid van een nieuwe opzet is het feit dat de SHA van het UMCG eind 2006 niet optimaal werkt. Er is geconstateerd dat sprake is van lange wachttijden, lange behandelduur en een trage doorstroom die de SHA patiëntonvriendelijk maakt. De verblijfsduur van patiënten op de SHA in het UMCG is langer dan op de spoedafdelingen van andere UMC's. Een van de oorzaken hiervan is te vinden in de medische kolom van de SHA. De verantwoordelijkheid is verdeeld over te veel specialismen en dit leidt tot onduidelijke situaties. Er gaat onder meer tijd verloren doordat supervisors en in consult geroepen specialisten lang op hun komst laten wachten. Ingewikkelde overlegsituaties over patiënten die gezien en/of behandeld moeten worden door meerdere specialismen leiden eveneens tot vertraging. Tot slot ontstaan er in concrete situaties vragen over de eindverantwoordelijkheid en is het

<sup>27</sup> Project Nieuwe opzet CSO, p. 5

onduidelijk wie dan de conflicten 'beslecht'.<sup>28</sup> Andere oorzaken zijn gelegen in het niet goed op elkaar aansluiten van de medische en verpleegkundige kolom, in te trage diagnostische processen en onvoldoende mogelijkheden voor opname op andere afdelingen.<sup>29</sup>

## 2.2 Huidige situatie met betrekking tot de bezetting

Zoals hierboven reeds genoemd is de personele samenstelling van de SHA zeer divers.

Daarom is het nuttig een precies beeld te schetsen van de inrichting van de afdeling SHA van het UMCG.

Op 1 januari 2009 is de nieuwe inrichting van de SHA van het UMCG ingevoerd. De Raad van Bestuur van het UMCG heeft de SHA meer formatie gegeven om deze nieuwe inrichting te kunnen doorvoeren. In deze nieuwe inrichting krijgen vier SEH-artsen met een afgeronde opleiding een plaats. De bezetting van de afdeling ziet er dan als volgt uit. Op de traumazijde van de SHA is de supervisor een oudste chirurgie. Hij is echter niet permanent aanwezig op de SHA: hij loopt visite op de afdeling chirurgie of opereert. Er zijn wel arts-assistenten chirurgie permanent aanwezig, vaak een 'jongste' of 'middelste'. Een specialist is enkel beschikbaar op afroep, dit gebeurt incidenteel. Met ingang van januari 2009 krijgt de SHA 1 fte traumatoloog erbij.<sup>30</sup> Hiermee kan een beperkt deel van de week de aanwezigheid van een specialist worden gegarandeerd. Onder de non-traumazijde van de SHA vallen verschillende specialismen; interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, neurologie en kindergeneeskunde. Hier is de supervisor een specialist van een van deze specialismen, meestal de internist. Deze is zo vaak mogelijk op de werkvloer aanwezig. Bij drukte is hij altijd aanwezig, bij rustige momenten is hij stand-by. Ook zijn er permanent twee arts-assistenten van interne geneeskunde aanwezig. Arts-assistenten van de andere specialismen komen op

afroep. Het kan voorkomen dat er niemand van hen aanwezig is op de SHA. Het kan ook voorkomen dat er 6 of 7 arts-assistenten aanwezig zijn op drukke momenten. De Raad van Bestuur van het UMCG heeft bepaald dat de interne geneeskunde er 2 fte formatie bij krijgt voor een supervisor non-trauma. Hierdoor komt het aantal fte voor supervisor non-trauma op 3 fte. Daarmee kan een aanwezigheid van internisten op de SHA van 09.00 uur 's ochtends tot 21.00 of 22.00 uur 's avonds en in het weekend worden gegarandeerd. De aanwezigheid van specialisten op de non-traumazijde van de SHA is dan aanzienlijk groter dan op de traumazijde.

Naast specialisten en AIOS zijn er ook verpleegkundigen, co-assistenten en ANIOS aanwezig op de SHA, en ook zij verlenen zorg. Overdag op de drukste momenten zijn er maximaal zeven verpleegkundigen aanwezig op de SHA. 's Nachts minimaal vier. Zij hebben elk hun eigen taak. Zo is er een regieverpleegkundige, een triageverpleegkundige, een traumaverpleegkundige, een non-traumaverpleegkundige, een klein-traumaverpleegkundige en een reanimatieverpleegkundige.

Op de SHA zijn ook permanent acht co-assistenten aanwezig die zich in het eerste jaar van hun masterfase bevinden. Zij werken overdag en 's avonds. Vier werken op de traumazijde en vier op de non-traumazijde. Ook zijn er maximaal drie co-assistenten aanwezig die zich aan het eind van hun masterfase bevinden.

ANIOS kunnen ook aanwezig zijn op de SHA. In het UMCG beschikt alleen de chirurgie over enkele ANIOS die van tijd tot tijd worden ingezet op de SHA.

Naast de indeling naar specialisme op de SHA ontstaat er met de invoering van de SEH-artsen op de SHA ook een generalistische laag. Per 1 januari 2009 starten vier SEH-artsen met een afgeronde opleiding op de SHA. Op termijn zal dit worden uitgebreid naar zes SEH-artsen. De invoering van de SEH-artsen op de SHA heeft tot gevolg dat er overdag, 's avonds en in het weekend altijd één SEH-arts aanwezig is.

Uit onderzoek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), in opdracht voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg, blijkt dat de

<sup>28</sup> Project Nieuwe opzet CSO, p. 2

<sup>29</sup> Project Nieuwe opzet CSO, p. 3

<sup>30</sup> Fte staat voor fulltime-equivalent, één fte is een volledige werkweek.

personele bezetting van een afdeling als indicator voor de kwaliteit van zorg kan worden gezien. Onder andere de kwaliteit, de formatie en de samenstelling van het personeel wordt als indicator beschouwd. De kwaliteit van het personeel komt onder meer tot uiting in de gevolgdde bij- en nascholing, de opleidingen of het aantal BIG-geregistreerden op de afdeling.<sup>31</sup> Wat hiervan de gevolgen zijn voor de juridische vraagstukken rondom de introductie van de SEH-arts wordt besproken in hoofdstuk 5.

### 2.3 Huidige situatie met betrekking tot de taakverdeling

De SHA krijgt te maken met twee soorten patiënten: de zelfverwijzers en de verwezen patiënten. De zelfverwijzers zijn patiënten die op eigen initiatief naar de SHA komen en patiënten die door een ambulance worden binnengebracht. De groep zelfverwijzers omvat een derde van het aantal patiënten op de SHA, in het UMCG zijn dat 10.000 zelfverwijzers per jaar. Verwezen patiënten zijn patiënten die door een huisarts, verpleegarts of specialist naar de SHA zijn gestuurd, en zijn daardoor al ingedeeld naar specialisme.

Elke zelfverwijzer die zich bij de SHA meldt, wordt door de triageverpleegkundige ingedeeld naar urgentie en naar specialisme. De arts-assistent van het betreffende specialisme ziet de patiënt, stelt een diagnose en start een behandeling, in overleg met zijn of haar supervisor. Soms wordt een patiënt doorverwezen naar een ander specialisme, soms moet een patiënt worden opgenomen in het UMCG.

De verwezen patiënt wordt gezien door de arts-assistent of specialist van het specialisme waar hij of zij van tevoren reeds was ingedeeld. Het kan dan voorkomen dat een patiënt toch klachten van andere specialistische aard blijkt te hebben. Dan wordt deze patiënt overgedragen aan dat

betreffende specialisme. Ook kan deze patiënt dermate ernstige klachten hebben dat hij of zij moet worden opgenomen in het UMCG.

Door de komst van vier SEH-artsen die permanent op de SHA aanwezig zullen zijn, moeten de taken op de SHA enigszins worden herschikt. De primaire taak van de SEH-arts is de opvang van de zelfverwijzers. Waar voorheen de triageverpleegkundige bij een vage klacht van een patiënt (bijvoorbeeld buikpijn) de patiënt zelf indeelde naar een specialisme, stuurt zij deze patiënt nu direct naar de SEH-arts. De SEH-arts stelt de diagnose, zet de eerste behandeling in, en als de klachten niet te complex zijn kan de SEH-arts zelf de behandeling voltooien. Betreft het een complexer geval dan kan de SEH-arts de patiënt overdragen aan een specialist.

Naast de opvang van zelfverwijzers kan de SEH-arts ook bijspringen bij de eerste opvang van verwezen patiënten. Bijvoorbeeld ter overbrugging van de komst van de arts naar wie de patiënt verwezen is. Het uitgangspunt van de SHA in het UMCG is dat capaciteit maximaal benut moet worden. Dit betekent dat alles wat op het moment kunnen doen ook willen doen. Als een patiënt 's nachts binnenkomt, is het niet ideaal dat er drie kwartier gewacht moet worden tot de betreffende arts-assistent of specialist van huis gearriveerd is. De patiënt moet bij binnenkomst gelijk behandeld kunnen worden.

Ook kan de SEH-arts een functie vervullen als de patiënt reeds door een specialist behandeld wordt op de SHA. Bijvoorbeeld een patiënt die wordt ingestuurd voor de neuroloog op verdenking van een herseninfarct. De neuroloog beoordeelt de verschijnselen van het herseninfarct; krachtverlies, spraakproblemen en dergelijke. Stel dat de patiënt ook kortademig raakt, de neuroloog heeft hier op dit gebied iets minder ervaring. Dan is het voor de initiële opvang en stabilisatie belangrijk dat er iemand aanwezig is die daar meer kennis van heeft. Deze rol zou de SEH-arts kunnen vervullen.

<sup>31</sup> E. Sluijs e.a., Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg, NIVEL, 2002, p. 37

De SHA wil goede acute zorg leveren. Hierbij is de ABC-opvang erg belangrijk.<sup>32</sup> Er wordt eerst gekeken naar de vitale parameters en de patiënt wordt zo snel mogelijk gestabiliseerd. Daarna krijgt het primaire specialistische probleem de aandacht. De SEH-arts is gespecialiseerd in de acute opvang.

Dr. ter Maaten ziet een rol weggelegd voor de SEH-arts bij de training en scholing van arts-assistenten en ander personeel op de SHA in de acute opvang van patiënten. Ook kunnen de SEH-artsen bijdragen in het ontwikkelen en handhaven van discipline overstijgende protocollen. Op termijn kunnen de SEH-artsen wellicht ook een managementfunctie op de SHA bekleden. Het nieuwe curriculum voorziet hier ook in. Dit bevat ook competenties op het gebied van management, al zijn deze competenties volgens dr. ter Maaten nog niet toereikend. Volgens dr. ter Maaten zal een verlenging van de opleiding moeten plaatsvinden om de managementcompetenties ruimer en beter in te bedden.

## 2.4 Huidige situatie met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling

De introductie van de SEH-arts op de SHA brengt veranderingen in de structuur van de SHA met zich mee. Zoals eerder genoemd bestaat er naast de specialistische kolommen nu ook een generalistische laag. Hierin werkt de SEH-arts en behandelt hij patiënten zelfstandig. Dit betekent dat er goede werkafspraken moeten worden gemaakt tussen supervisors en SEH-artsen. Deze werkafspraken zouden moeten inhouden wat de bevoegdheden van de SEH-arts zijn om zaken zelfstandig af te werken en wanneer overleg of overdracht moet plaatsvinden. In 2008 zijn deze werkafspraken nog niet gemaakt, vastgelegd of bekend bij het personeel op de SHA van het UMCG. Er bestaan geen protocollen die dit regelen. Men is zich er wel van bewust dat deze protocollen nodig

<sup>32</sup> ABC staat voor: Airway, Breathing and Circulation. Is de luchtweg vrij, is de ademhaling goed en is de circulatie goed.

zijn. Er is een discussie gaande over hoe invulling gegeven moet worden aan deze protocollen.

Waar meerdere disciplines samenwerken is het van belang dat heldere afspraken worden gemaakt met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling. Onduidelijkheid bij de verantwoordelijkheidstoedeling blijkt in de praktijk een rol te spelen bij incidenten.<sup>33</sup> Een zorginstelling is krachtens artikel 3 KZI verplicht zorg te dragen voor een degelijke verantwoordelijkheidstoedeling.

Uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat op 1 januari 2005 slechts een derde van de algemene ziekenhuizen over een ziekenhuisbrede regeling over de samenwerking tussen medisch specialisten beschikt.<sup>34</sup> In deze regeling moeten de verantwoordelijkheden van de medisch specialist, medebehandelaar en consulent nadrukkelijk worden vastgelegd.

Het UMCG beschikt in 2005 niet over een dergelijke ziekenhuisbrede regeling.<sup>35</sup> Wel is duidelijk dat op de SHA van het UMCG de eindverantwoordelijkheid bij een specialist ligt. Aan de hand van het specialisme is dat de supervisor trauma of de supervisor non-trauma. Als de patiënt wordt overgedragen aan een specialisme buiten de SHA dan ligt de eindverantwoordelijkheid bij de specialist van het betreffende specialisme.

Volgens de IGZ moet in de ziekenhuisbrede regeling in ieder geval aan de orde komen dat de hoofdbehandelaar altijd een medisch specialist is. Deze moet ook de organisatorische eindverantwoordelijkheid dragen. De medisch specialist kan echter niet verantwoordelijk worden gehouden voor het handelen of nalaten van derden.<sup>36</sup> Het onderzoek vermeldt ook dat de omvang van de verantwoordelijkheid van de superviserend medisch specialist niet alleen afhankelijk is van eventuele gebreken

<sup>33</sup> Hierop zal in hoofdstuk 4 verder worden ingegaan.

<sup>34</sup> D. Joeloem Singh, 'Heldere afspraken.

Verantwoordelijkheidstoedeling voorverantwoorde zorg', *Medisch Contact*, 2007, 5, p.205

<sup>35</sup> De huidige stand van zaken hieromtrent wordt verder behandeld in hoofdstuk 4

<sup>36</sup> CTG 17 november 2005, *Medisch Contact* 2006, nr. 2, p. 64-67

in de organisatie van de zorginstelling, maar ook moet zijn afgestemd op de opleidingsfase en ervaring van de onder supervisie gestelde.<sup>37</sup>

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat moet worden vastgelegd hoe te handelen in geval van een verschil van inzicht tussen de hoofdbehandelaar en de medebehandelaar en/of consulent. Tevens blijkt niet iedere specialist te weten wie de medebehandelaar of consulent van zijn patiënt is en wanneer de medebehandeling of het consulentschap is gestaakt. Specifieke instructies over de patiëntenoverdracht en instructies over duidelijke dossiervoering waaruit de hoofdbehandelaar blijkt, dienen derhalve ook in de regeling te worden opgenomen.<sup>38</sup>

Een dergelijke regeling is van belang om te voorkomen dat patiënten uiteindelijk schade ondervinden als gevolg van onvoldoende coördinatie en afstemming.

## 2.5 Kwaliteitsbewaking

In het kader van kwaliteitsbewaking zijn er op de SHA enkele wegen die bewandeld worden. Allereerst is dat controle achteraf. Op de traumazijde geschiedt dit op een andere wijze dan op de non-traumazijde. Daarnaast vindt er ook supervisie plaats. Een kleine uiteenzetting van deze manieren van kwaliteitsbewaking volgt hieronder.

### 2.5.1 Controle systemen

Een protocol met betrekking tot verantwoordelijkheidstoedeling is niet aanwezig op de SHA van het UMCG. Wel zijn er bepaalde vangnetten die de kwaliteit van zorg toch moeten garanderen. Op de traumazijde van de SHA vindt elke ochtend een röntgenbespreking plaats. Hier worden alle röntgenfoto's

van de dag ervoor beoordeeld en besproken. Zo hoopt men fouten vroegtijdig te traceren. Niet bij alle patiënten aan de traumazijde wordt echter een röntgenfoto gemaakt. Hier doet zich mogelijkkerwijs een hiaat in de controle voor. Op een gedeelte van de non-traumazijde wordt aan verslaggeving gedaan als vorm van kwaliteitscontrole. Dit gebeurt alleen bij de interne geneeskunde op de SHA. Alle definitieve ontslagbrieven worden gezien door een supervisor voordat ze verstuurd worden. In de ontslagbrief staan handelingen, verrichtingen, beoordeling van foto's en echo's en het gevoerde beleid. Op deze manier kunnen fouten ook worden getraceerd.

### 2.5.2 Supervisie

De specialist aan de non-traumazijde en de SEH-artsen zijn de enige artsen op de SHA van het UMCG met een afgeronde opleiding. De arts-assistenten en co-assistenten staan onder supervisie. Supervisie is een middel om de kwaliteit te waarborgen. De supervisie vindt plaats door een specialist. Bij de traumazijde kan een 'oudste' chirurgie echter zelfstandig patiënten ontslaan. Bij de non-traumazijde moet er altijd overleg plaatsvinden met een specialist.

De SEH-arts zal niet altijd hoeven te overleggen omdat hij veel patiënten zelfstandig kan afhandelen. Bij twijfel over de diagnose of als er onduidelijkheid bestaat over zijn bevoegdheid, dan moet hij overleggen. Een arts-assistent zal altijd moeten overleggen. Het is correcter te stellen dat een SEH-arts niet onder supervisie staat, gezien de term 'supervisie' vooral wordt gebruikt in een opleidingssituatie. Controle op de SEH-arts kan beter worden gezien als controle tussen artsen onderling.

<sup>37</sup> D. Joeloem Singh, 'Heldere afspraken. Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg', *Medisch Contact*, 2007, 5, p.205

<sup>38</sup> D. Joeloem Singh, 'Heldere afspraken. Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg', *Medisch Contact*, 2007, 5, p.205





### 3 Problematiek

Centraal in dit hoofdstuk staat de problematiek die zich voor kan doen op de SHA.

Om deze problematiek in kaart te brengen zijn de praktijk van de SHA van het UMCG en de tuchtrechtspraak bestudeerd. Relevante tuchtuitspraken zullen in dit kader ook genoemd worden. Tevens zijn er voorbeelden uit de praktijk van de SHA in het UMCG. Deze voorbeelden komen voort uit een gesprek met dr. ter Maaten.

#### 3.1 Problematiek met betrekking tot de bezetting

##### 3.1.1 Praktijk SHA UMCG

Klachten met betrekking tot de bezetting van de afdeling gaan in het UMCG vaak over het feit dat de arts niet op tijd aanwezig is op de SHA. In het weekend heeft de afdeling chirurgie 's ochtends een geringe bezetting. Er komen dan wel veel patiënten met letsels binnen op de SHA. De 'oudste' chirurgie is dan meestal aan het opereren en de rest van de AIOS' lopen visite op een van de afdelingen chirurgie. Op de SHA is dan vaak een paar uur geen AIOS chirurgie aanwezig terwijl de patiënten reeds binnenstromen. Op het moment dat deze AIOS' daadwerkelijk op de SHA aanwezig zijn werken ze tegen een achterstand aan. Volgens dr. ter Maaten zou een SEH-arts die dan al op de SHA aanwezig is dit probleem goed kunnen ondervangen.

##### 3.1.2 Tuchtrechtspraak

In de tuchtrechtspraak vindt men soortgelijke problematiek. In de volgende casus hangt de problematiek rondom de bezetting van de afdeling deels samen met de ervaring en bekwaamheid van artsen.

In deze casus wordt een schedelfoto beoordeeld door een poortarts. Hij ziet een breuk aan voor een schedelnaad. De poortarts beschikt slechts over geringe ervaring met de boordeling van schedelfoto's, en neemt volgens het toepasselijke protocol contact op met de chirurg-achterwacht. Deze instrueert de poortarts om patiënt te laten opnemen en elke twee uur te wekken. De schedelfoto wordt nadien niet meer gezien door de chirurg. De patiënt wordt ontslagen. Hoewel hij zich beter voelt heeft hij nog steeds last van erge hoofdpijn. Een dag later meldt patiënt zich weer op de SHA en nu wordt wél de diagnose schedelbreuk gesteld.

Deze zaak wordt voor de tuchtrechter gebracht. Volgens de tuchtrechter is de wijze waarop de chirurg tot zijn onjuiste diagnose is gekomen, strijdig met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot in de gegeven omstandigheden mag worden verwacht. De tuchtrechter kan, tegen de achtergrond van zijn toezegging de volgende dag de patiënt zelf te bezoeken, billijken dat de chirurg in de nacht van opname niet zelf naar het ziekenhuis is gekomen. Ook al was de chirurg bekend of behoorde hij bekend te zijn met de zeer geringe ervaring van de poortarts met neurologische diagnostiek, diende hij alsnog de volgende dag zelf de foto's te beoordelen en alsnog een consult van de neuroloog aan te vragen. Een goede indruk van de toestand van patiënt op dat moment behoorde hem hier niet van te weerhouden. De chirurg krijgt een waarschuwing voor deze nalatigheid.<sup>39</sup>

Een ander probleem met betrekking tot de bezetting van de afdeling doet zich in de volgende casus voor. Patiënte in casu ondergaat een operatie aan de wervelkolom. Na een paar dagen blijkt dat er sprake is van een ernstige complicatie. De tuchtrechter stelt vast dat de chirurg als operateur, vanaf vrijdagmiddag 15.00 uur tot maandagochtend 10.15 uur, patiënte niet heeft gezien,

<sup>39</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 140-142 (129)

terwijl hij wist dat in de weekenden slechts een poortarts, niet zijnde een orthopedisch specialist, in het ziekenhuis aanwezig was. De chirurg had geen idee van de bevoegdheid en bekwaamheid van de poortarts. Deze poortarts heeft de complicatie niet kunnen opmerken. Naar het oordeel van de tuchtrechter is daardoor in het genoemde weekend door toedoen van de orthopedisch chirurg sprake geweest van onvoldoende post-operatieve zorg, waarvoor hij als operateur verantwoordelijk is. Weliswaar is de orthopedisch chirurg niet verantwoordelijk voor de organisatie binnen het ziekenhuis, maar wetende hoe de situatie in de weekenden was, had hij ervoor zorg moeten dragen dat patiënte in het betrokken weekend in het kader van de nazorg was gezien door hemzelf of door een andere orthopedisch specialist. De tuchtrechter legt de orthopedisch chirurg een waarschuwing op.<sup>40</sup>

Een soortgelijke situatie doet zich voor in een zaak die al eerder kort genoemd is in hoofdstuk 2. Hier heeft een gynaecologe een zware bevalling 's avonds overgelaten aan de dienstdoende arts-assistent en co-assistent. De pasgeborene komt te overlijden. Als deze zaak voor het CTG wordt gebracht, oordeelt het college dat de gynaecologe niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor de geringe personele bezetting in het ziekenhuis gedurende nacht- en weekenddiensten. Maar zij is wel verantwoordelijk voor het onvoldoende afstemmen van haar eigen beleid ten opzichte van klaagster, gezien haar bekendheid met de geringe personele bezetting. Zij had bijzondere, duidelijke en bij voorkeur schriftelijke instructies voor het te voeren beleid moeten afgeven en had zich tijdig in het ziekenhuis van klaagsters situatie op de hoogte moeten stellen.<sup>41</sup>

Klaagster klaagt ook een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg van het ziekenhuis aan, wegens het gebrek in de personele bezetting. Het college acht klaagster hierin echter niet-ontvankelijk. De taken van de directeur-patiëntenzorg van een ziekenhuis op het gebied van organisatie en management vallen noch onder de

omschrijving van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg krachtens artikel 1 Wet BIG, noch onder de werkingsfeer van de in artikel 47 Wet BIG beschreven tuchtnormen. Volgens het CTG kan hij niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden voor de geringe personele bezetting van een afdeling.<sup>42</sup>

Deze zaken geven weer wat de gevolgen kunnen zijn als de bezetting van een afdeling gering is. Artsen dienen hun eigen beleid op de geringe bezetting van de afdeling af te stemmen. Een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg kan niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden voor de geringe personele bezetting volgens de tuchtrechter.

Niet alleen de bezetting van een afdeling kan problemen met zich meebrengen. Ook de taakverdeling op een afdeling kan voor problemen zorgen. In de volgende paragraaf zal hier nader op worden ingegaan.

## 3.2 Problematiek met betrekking tot de taakverdeling

### 3.2.1 Praktijk SHA UMCG

De taakverdeling op de SHA zal met de invoering van 4 tot 6 SEH-artsen op de afdeling enigszins gewijzigd moeten worden. SEH-artsen zullen uiteindelijk zelfverwijzers behandelen en bij ernstigere gevallen zal de desbetreffende specialist de patiënt overnemen. Bij de introductie van de SEH-artsen op de SHA is het van belang dat duidelijk is wie welke taak vervult. Met betrekking tot taakverdeling en verhoudingen tussen artsen kunnen problemen ontstaan op een afdeling. Zo kan het voorkomen dat door onduidelijkheid over de taakverdeling bepaalde zaken dubbel gebeuren, terwijl andere zaken wellicht helemaal niet gebeuren. Duidelijke afspraken over de taakverdeling

<sup>40</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 356-358 (I 95)

<sup>41</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/068

<sup>42</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/067 ook verschenen in Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2005, nr. 2005/11

zijn dan ook nodig om aan de eis van verantwoorde zorg te voldoen.

### 3.2.2 Tuchtrechtspraak

De tuchtrechter heeft zich meerdere malen uitgesproken over de taakverdeling en verhoudingen op een afdeling. Zoals de volgende casus van het RTC in 's-Gravenhage. Hier betreft het een chirurg die aan het einde van de opnamedag uit het ziekenhuis vertrekt en niet voor een deugdelijke overdracht van de patiënte aan de dienstdoende arts-assistent zorgt. De arts-assistent in kwestie is een tamelijk onervaren ANIOS. De chirurg had de arts-assistent uitdrukkelijk moeten informeren over de situatie, over het ingestelde beleid en over de verwachte ontwikkeling, aldus het RTC. De chirurg krijgt hiervoor een berisping. Het RTC besteedt in deze casus ook aandacht aan het feit dat in het ziekenhuis geen protocol bestaat over de verhouding tussen de dienstdoende arts-assistenten en de achterwacht-specialisten.<sup>43</sup> Het ontbreken van een dergelijk protocol wordt het ziekenhuis aangerekend.

In een zaak waar het ook spaak liep met betrekking tot de taakverdeling, wendt klaggster zich tot een ziekenhuis voor een second opinion. Daar wordt zij in hoofdzaak behandeld door een arts-assistent. Na vier maanden wordt klaggster voor het eerst gezien door een gynaecologe, tevens supervisor van de arts-assistent. De gynaecologe ontdekt dat klaggster wordt behandeld voor een foutief gestelde diagnose. Inmiddels is er sprake van uitgezaaide baarmoederhalskanker.

Het CTG stelt vast dat er sprake is van een systeemfout op de afdeling. Kennelijk kon het gebeuren dat, terwijl bekend was dat om een second opinion gevraagd was nadat een ervaren gynaecoloog in een ander ziekenhuis een behandeling aan klaggster had gegeven, het vier maanden heeft geduurd voordat een daadwerkelijk onderzoek door een ervaren gynaecoloog werd verricht.

---

<sup>43</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. , nr. 184-186 (II 4)

De gynaecologe kan echter geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt, omdat zij geen hoofd is van de afdeling, met als gevolg dat zij niet verantwoordelijk is voor de organisatie, de aanpak van het werk en van de gang van zaken op de afdeling.<sup>44</sup>

Uit deze zaak blijkt duidelijk dat in bepaalde gevallen, zoals bij een aangevraagde second opinion, de taakverdeling op de afdeling anders dient te verlopen. Uit de uitspraak van het CTG kan men opmaken dat de verantwoordelijkheid voor deze taakverdeling bij het hoofd van de afdeling ligt.

Het thema taakverdeling valt in de tuchtrechtspraak vaak samen met het thema verantwoordelijkheidstoedeling. Meer problematiek die samenhangt met taakverdeling op een afdeling zal worden besproken in de komende paragraaf.

## 3.3 Problematiek met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling

### 3.3.1 Algemeen

In de dagelijkse praktijk van de SHA van het UMCG ontstaan nogal eens knelpunten met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling. Deze knelpunten ontstaan vaak bij onduidelijkheid over hoofdbehandelaarschap en medebehandelaarschap. Ook rijzen er vragen met betrekking tot het consulteren van een collega of overdragen van een patiënt.

Deze problemen zijn niet specifiek voor het UMCG, maar doen zich landelijk voor. De IGZ heeft hier reeds een rapport over doen uitgaan.<sup>45</sup> Slechts een derde van alle ziekenhuizen beschikt volgens dit rapport in 2005 over een ziekenhuisbrede regeling die de samenwerking van medisch specialisten regelt. Hierin zijn de verantwoordelijkheden van de medisch specialist in zijn rol

---

<sup>44</sup> CTG 8 maart 2007, 2004/217 eveneens verschenen in Gezondheidsrecht Jurisprudentie nr. 2007/48

<sup>45</sup> D. Joeloem Singh, 'Hoofdbehandelaarschap in ziekenhuizen onvoldoende geregeld', [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)

als hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent in beperkte mate vastgelegd. Met ziekenhuisbrede regeling wordt bedoeld 'een door de Raad van Bestuur vastgestelde, schriftelijke regeling die van toepassing is op alle afdelingen, specialisten en locaties van een algemeen ziekenhuis of universitair medisch centrum'.<sup>46</sup> Het UMCG beschikt ten tijde van dit rapport niet over deze ziekenhuisbrede regeling.

De Raad van Bestuur van het UMCG heeft in november 2008 de kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap vastgesteld. De kaderregeling bevat onder meer een aantal definities; zo volgt uit deze regeling dat de hoofdbehandelaar een medisch specialist is.<sup>47</sup>

Voor de SHA is een specifieke regel vastgelegd in de kaderregeling. Vanaf het moment van triage van een patiënt wordt de patiënt toebedeeld aan de lijn trauma danwel non-trauma, conform het organisatie-model van de SHA. De supervisor van die lijn is vanaf dat moment hoofdbehandelaar.

De kaderregeling biedt logischerwijs slechts kaders. Afdelingen zullen met behulp van deze kaders een regeling moeten opstellen die specifiek voor hun afdeling geldt. Alle afdelingen in het UMCG dienen op 15 december 2008 de kaderregeling te hebben vertaald in een specifieke regeling voor de eigen afdeling.<sup>48</sup>

Ook de SHA van het UMCG dient te beschikken over een specifieke regeling. In april 2009 vindt een evaluatie over de uitvoering van deze regeling plaats. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de directeur medische zaken.<sup>49</sup>

De aanwezigheid van een specifieke regeling die het hoofd- en medebehandelaarschap regelt is van groot belang, zeker op een afdeling als de SHA. Deze afdeling onderscheidt zich

<sup>46</sup> D. Joeloemsingh, 'Hoofdbehandelaarschap in ziekenhuizen onvoldoende geregeld', [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)

<sup>47</sup> In de kaderregeling kan voor specialisme ook aandachtsgebied of discipline worden gelezen.

<sup>48</sup> Brief Raad van Bestuur UMCG 17 november 2008 228.137/RvB

<sup>49</sup> Brief Raad van Bestuur UMCG 17 november 2008 228.137/RvB

van andere afdelingen door het opleidingsniveau, ervaring en de wisselende personele bezetting. In dit kader is het van belang dat er duidelijke afspraken bestaan.

### 3.3.2 Praktijk SHA UMCG

Uit de praktijk van de SHA van het UMCG komen duidelijke punten naar voren die laten zien dat op het gebied van verantwoordelijkheidstoedeling problemen kunnen ontstaan.

Een knelpunt met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling doet zich bijvoorbeeld voor als een patiënt op de SHA binnenkomt met onduidelijke klachten. De triageverpleegkundige schakelt aan de hand van de klachten een bepaalde specialist in. Deze specialist onderzoekt de patiënt, maar vindt geen kwaal die binnen zijn specialisme valt en trekt zich terug. Hierop schakelt de triageverpleegkundige weer een andere specialist in. De vraag rijst nu wie uiteindelijk verantwoordelijk is. Stel dat de deze tweede specialist zich ook terugtrekt, dan is de patiënt weer terug bij de verantwoordelijkheid van de verpleging. Dit is opmerkelijk gezien het feit dat een arts verantwoordelijk moet zijn voor de patiënt.

Een ander probleem rijst bijvoorbeeld bij een patiënt die door drie of vier verschillende specialisten is onderzocht. Het probleem van de patiënt blijkt uiteindelijk niet meer te vallen onder het specialisme waarvoor hij aanvankelijk door de triageverpleegkundige was ingeschreven. De specialisten hebben onderling niet goed gecommuniceerd wie nu hoofdbehandelaar is. In het geval dat de patiënt overlijdt, is het de specialisten niet duidelijk wie de familie moet inlichten als hoofdbehandelaar. Dit is een zeldzame en extreme situatie, maar toch wel eens voorgekomen op de SHA van het UMCG.

Ook met betrekking tot het verschil tussen consulteren en overdragen rijzen de nodige vragen en komen de nodige knelpunten voor. Het is artsen niet altijd duidelijk of ze in consult gevraagd worden of dat de patiënt aan hen wordt overgedragen. Dit wordt onderling niet goed gecommuniceerd en leidt tot de vraag bij wie nu de verantwoordelijkheid ligt. Het is belangrijk dat hieromtrent duidelijke afspraken bestaan. Deze afspraken dienen bij

iedereen bekend te zijn, ook bij de verpleging. Als de patiënt plotseling onwel wordt moeten zij weten welke arts gecontacteerd moet worden.

### 3.3.3 Tuchtrechtspraak

In de tuchtrechtspraak vindt men gevallen waarin verantwoordelijkheidstoedeling een cruciale rol speelt. In de eerste casus wordt een patiënt met acute en ernstige borst- en buikpijnklachten naar de traumakamer van de spoedopvang van een UMC vervoerd. Bij de behandeling zijn een 'oudste' arts-assistent chirurgie, een vaatchirurg, een ANIOS, een chirurg als supervisor van de ANIOS, een arts-assistent cardiologie en een internist betrokken. Allen hebben zij de diagnose gemist en patiënt naar huis gestuurd waarna hij is overleden. Deze zaak wordt behandeld door het RTC te Eindhoven. Eén van de betrokken artsen krijgt door het RTC een waarschuwing opgelegd. Daarnaast overweegt het RTC dat in deze casus invoelbaar is dat klager het idee heeft dat de betrokken artsen de verantwoordelijkheid voor hetgeen met patiënt gebeurd is op elkaar afschuiven. Het is niet steeds duidelijk bij welke arts op welk moment de eindverantwoordelijkheid voor de patiënt berust. Het RTC heeft de indruk gekregen dat dit ook de opvolgende behandelende artsen niet steeds duidelijk is geweest. Het RTC beschikt thans over een recent vastgesteld organisatiedocument chirurgie (protocol) van het betreffende academisch ziekenhuis. De chirurg heeft betoogd dat daarmee in de toekomst voorkomen zal worden dat een soortgelijke situatie ontstaat. Het RTC vraagt zich echter af of dit protocol voldoende waarborgen biedt om het optreden van een dergelijke situatie in de toekomst te voorkomen, nu in het protocol niet duidelijk geregeld lijkt te worden wie de eindverantwoordelijkheid voor de individuele patiënt draagt, wanneer deze op de SHA wordt binnengebracht en bij de behandeling diverse artsen betrokken zijn.<sup>50</sup> Deze casus laat zien hoe gevaarlijk het kan zijn wanneer niet duidelijk is bij wie de verantwoordelijkheid berust. Het

betreffende UMC heeft inmiddels een organisatieprotocol, maar dit is niet voldoende voor het RTC nu dit protocol de eindverantwoordelijkheid voor patiënten op de SHA niet regelt.

Ook een soort 'collectieve' aansprakelijkheid van artsen voor het handelen van een der artsen behoort tot de mogelijkheden voor de klager. Het CTG moest zich uitspreken in een zaak waar de baby van een patiënte kort na geboorte overleden was door een te laat gestelde diagnose. Het betrof hier een maatschap gynaecologen waarbij het praktijk was dat patiënten door wisselende gynaecologen werden gezien en dat er gezamenlijke ochtendbesprekingen plaatsvonden waarin het beleid en de behandeling werden afgesproken. Welke gynaecoloog kon hiervoor aansprakelijk worden gehouden? Het CTG oordeelde dat in geval van een maatschap waarbij de praktijkvoering zodanig ingericht is dat niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend zien en gezamenlijke ochtendbesprekingen, waarin het beleid en de behandeling wordt afgesproken, iedere arts in die maatschap in beginsel verantwoordelijk is voor die wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt gevoerde beleid.<sup>51</sup>

In een andere uitspraak van de tuchtrechter komt de bekwaamheid van een arts-assistent aan de orde. De chirurg-supervisor was niet op de hoogte van de bekwaamheid van de arts-assistent die onder zijn supervisie stond. In vaste rechtspraak van het college is de verhouding arts-assistent versus supervisor als volgt weergegeven: 'in de relatie arts-assistent en supervisor zal het antwoord op de vraag of de supervisor de zorg voor patiënt aan de arts-assistent kan overlaten in hoofdzaak bepaald worden door de mate waarin de arts-assistent voor zijn taak is berekend en dus bekwaam kan worden geacht voor het verrichten

<sup>50</sup> RTC Eindhoven, 6 april 2007, 2007/59d

<sup>51</sup> CTG 4 maart 2004, 2002/224

van bepaalde handelingen. Heeft hij geen of onvoldoende bekwaamheid die is vereist voor het beoordelen van een trauma of het verrichten van bepaalde handelingen, dan zal de supervisor met dat gemis rekening moeten houden door hem niet in te zetten op het betreffende gebied, dan wel het gemis aan bekwaamheid van de arts-assistent moeten compenseren door zelf direct aan te treden en de patiënt te zien. Twijfel daaromtrent aan de kant van de arts-assistent of supervisor zal nimmer voor risico van de patiënt mogen komen. De supervisor zal dan altijd zelf de patiënt moeten onderzoeken.' De chirurg krijgt een berisping opgelegd.

De tuchtrechter vraagt zich in deze casus tevens af of het ziekenhuis als werkgever van de arts-assistent en als instelling in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen de zorgverlening wel op een zodanige wijze heeft georganiseerd en met name voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling heeft zorg gedragen, dan een en ander redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.<sup>52</sup>

In de volgende casus verrichtte de gynaecoloog bij patiënte een buikoperatie. Het sluiten van de wond laat hij over aan een arts-assistent in die zich in het laatste jaar van haar opleiding bevindt. Een chirurgisch instrument, een zogenaamde taartschep van 32 cm, blijft achter in de buik van patiënte.

De gynaecoloog in deze casus wordt, als de zaak door het CTG behandeld wordt, niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk geacht voor het handelen van de arts-assistent in opleiding. De tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid rust bij aanvang van de opleiding zwaarder op de schouders van de opleider en gaandeweg de opleiding wordt de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid tussen beide verdeeld. Aan het eind van de opleiding is de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid vrijwel geheel op de schouders van de arts-assistent komen te rusten.<sup>53</sup> Met de uitspraak van

<sup>52</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 372-375 (I 100)

<sup>53</sup> CTG 16 december 2004, 2004/035 eveneens verschenen in Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2005, nr. 2005/5

het CTG in deze zaak wordt duidelijk wanneer de arts-assistent danwel zijn supervisor tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden. Wellicht speelt de mate van verantwoordelijkheid die een supervisor heeft een rol bij de wijze waarop hij een arts-assistent superviseert. Een supervisor zou mogelijk voorzichtiger te werk gaan als hij op de hoogte is van de mate dat hij tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden.

De tuchtrechter heeft zich ook uitgesproken in een casus waar de behandeling van een fractuur door drie arts-assistenten onzorgvuldig en ondeskundig is geweest. De dienstdoende chirurgen waren wel steeds beschikbaar voor overleg indien de arts-assistent dit wenselijk achtte, maar het zwakke punt van de organisatie was dat aan de onervaren arts-assistent zelf werd overgelaten of om te beoordelen of er bij een bepaalde patiënt sprake was van een zodanige moeilijkheidsgraad dat die gezien moest worden door de chirurg. Er vond wel een gezamenlijke bespreking van röntgenfoto's plaats maar dit is volgens de tuchtrechter onvoldoende om het zwakke punt van de organisatie te compenseren.

Deze praktijk zorgde ervoor dat in geval van een onjuiste beoordeling door de arts-assistent, de beoordeling door de chirurg pas plaats kon vinden in een zo laat stadium dat correctie van de onjuist ingestelde therapie niet of nauwelijks meer mogelijk is. De tuchtrechter merkt op dat de maatschap had moeten zorgen voor een gestructureerde supervisie en begeleiding van de nog onervaren arts-assistenten. Aan de chirurg is een waarschuwing opgelegd.<sup>54</sup>

### 3.4 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

#### 3.4.1 Organisatorische aspecten

Eén van de ontwikkelingen die zich voordoet in de gezondheidszorg is de steeds groter wordende invloed van organisatorische aspecten op de zorg. Deze ontwikkeling

<sup>54</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 407-410 (I 106)

speelt ook een rol bij het in kaart brengen van de juridische aspecten rondom de introductie van de SEH-arts. Zo kunnen in het licht van deze ontwikkeling bepaalde juridische aspecten zwaarder komen te wegen dan voorheen wellicht het geval was.

Deze ontwikkeling komt duidelijk naar voren in een onderzoek naar gegronde tuchtklachten jegens chirurgen, huisartsen en gynaecologen. De klachten behelzen naast de medisch-technische aspecten van de zorg ook steeds meer de organisatorische aspecten van de zorg. Een verklaring voor deze tendens kan liggen in het feit dat patiëntveiligheid en het belang van protocollen de laatste jaren steeds meer aandacht krijgen.<sup>55</sup>

Ook bij de invulling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg nemen organisatorische aspecten een steeds grotere rol in. Voorheen was het begrip kwaliteit sterk gericht op medische, vakmatige aspecten. Maar in de loop der tijd heeft het begrip kwaliteit een breder bereik gekregen. Naast de directe hulpverlening wordt nu ook het functioneren van de instelling, inclusief het management, en de beoordeling door de patiënten in de kwaliteitsbeoordeling betrokken.<sup>56</sup> Volgens Leenen zijn bij de invulling van het begrip kwaliteit onder andere de volgende normen van belang: de medische en verpleegkundige standaard, de interprofessionele samenwerking, de effectiviteit, de omgang met de patiënt en het respecteren van diens rechten, de bereikbaarheid van de zorg, de service en het voorkomen van tijdsverlies bij de patiënt als gevolg van een onvoldoende patiëntgerichte organisatie, het voorkomen van verspilling door onnodig onderzoek en verwijzing, de kwaliteit van de gebruikte middelen, de institutionele aspecten, zowel facilitair als qua organisatie, en de aansluiting tussen de onderscheiden zorgsystemen.

---

<sup>55</sup> M. Evenblij, 'Vaker op visite', *Medisch Contact*, 2008, 50, p. 2085-2087; R. Crommentuyn, 'Fouten zijn geen natuurverschijnsel', *Medisch Contact*, 2008, 21, p. 908-911; B. Meijer van Putten, 'Twaalf jaar tuchtrecht gynaecologie', *Medisch Contact*, 2005, 50, p. 2033-2035

<sup>56</sup> Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 55

Naast de ontwikkelingen bij de invulling van het begrip kwaliteit, doen zich ook in de methoden voor de bevordering en bewaking van kwaliteit ontwikkelingen voor. Voorheen stonden vooral methoden die gericht zijn op medisch handelen en medische middelen centraal. Nu worden ook het oordeel van de patiënt en doorlichting en bijsturing van het proces van gezondheidszorg in al zijn aspecten in de kwaliteitsbeoordeling betrokken.<sup>57</sup>

Een onderwerp dat naadloos aansluit bij de organisatorische aspecten van de zorg is de zogenaamde ketenzorg. De zorg van tegenwoordig vindt bijna altijd plaats in een keten. Een patiënt wordt door zijn huisarts doorgestuurd naar het ziekenhuis. Of een op de SHA binnengekomen patiënt wordt opgenomen op een andere afdeling in het ziekenhuis. Deze patiënt heeft dan met meerdere zorgverleners en soms ook meerdere organisaties te maken.

Zodra meerdere zorgverleners en meerdere organisaties betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt, is het van belang dat er afstemming van zorg plaatsvindt tussen deze zorgverleners en organisaties onderling. In deze afstemming ligt ook gelijk een risico. Voor een goede afstemming zijn duidelijke afspraken nodig tussen alle organisaties, afdelingen en hulpverleners. Als deze afspraken op een punt in de keten niet nagekomen worden, werkt de ketenzorg niet optimaal. Hier kan de kwaliteit van zorg onder lijden.

#### 3.4.2 Politieke ontwikkelingen

In de politiek is de gezondheidszorg een vast terugkerend punt van discussie. Vooral de laatste jaren wordt de kwaliteit van zorg steeds belangrijker geacht. Mede daardoor verandert de positie van cliënten (patiënten) in de zorg.

In een brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer wordt een programma met beleidsvoorstellen aangedragen die de cliënt in de zorg

---

<sup>57</sup> Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 56



zeven 'basisrechten' moet geven.<sup>58</sup> Het voorstel omvat een recht op beschikbare en bereikbare zorg, recht op keuze en keuze-informatie, het recht op kwaliteit en veiligheid, het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy, het recht op afstemming tussen zorgverleners, het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling en tot slot het recht op medezeggenschap en goed bestuur.

Een recht dat er, in het kader van de juridische positionering van de SEH-arts, uit springt, is het recht op afstemming tussen zorgverleners. Dit zal inhouden dat de zorgaanbieders die tegelijk of na elkaar zorg verlenen aan de cliënt moeten overleggen en afstemmen over de behandeling, de juiste informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen. In dit kader kunnen door de zorgverleners afspraken worden gemaakt wie de regie heeft. En als die afspraken ontbreken dan moet de cliënt erop kunnen rekenen dat iedere zorgverlener de plicht heeft om onderling af te stemmen. Dit recht zal verankerd worden in de wetgeving. Op deze manier kan de cliënt iedere betrokken zorgverlener aanspreken op een goede afstemming en hem zo nodig aansprakelijk stellen wanneer het gebrek aan afstemming leidt tot schade bij de cliënt. De cliënt mag geen nadeel hebben van de betrokkenheid van meerdere zorgverleners, dus ook in een keten zal de cliënt een schakel aansprakelijk kunnen stellen.<sup>59</sup>

De verwachting is dat deze cliëntenrechten in 2011 geïmplementeerd zullen zijn. Het is dus verstandig dat voor die tijd goede afstemming tussen zorgverleners gerealiseerd is.

---

<sup>58</sup> Kamerstukken II 2007-2008, 31 476, nr. 1, p. 1

<sup>59</sup> Kamerstukken II 2007-2008, 31 476, nr. 1, p. 8

## 4 Juridische analyse

Nadat in hoofdstuk 4 de problematiek op de SHA aan de orde is gekomen, staat in dit hoofdstuk de juridische analyse daarvan centraal.

Om een goed en duidelijk beeld te kunnen vormen van de juridische gevolgen van deze problematiek zal eerst een resumé van praktijk en tuchtrechtspraak, zoals in vorige hoofdstukken beschreven, volgen. Daarna zullen de juridische consequenties per thema in kaart worden gebracht.

### 4.1 Resumé praktijk en tuchtrechtspraak

Zowel in de tuchtrechtspraak als de dagelijkse praktijk van de SHA van het UMCG blijkt dat een geringe bezetting van een afdeling voor problemen kan zorgen. Uit de tuchtrechtspraak blijkt dat artsen niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor de personele bezetting van hun afdeling. Ze zijn echter wel verantwoordelijk voor een goede afstemming van hun eigen beleid op de geringe personele bezetting van de afdeling. De arts in hoedanigheid directeur-patiëntenzorg kan hier volgens het CTG niet tuchtrechtelijk aansprakelijk voor worden gesteld. Met betrekking tot de taakverdeling op een afdeling blijkt uit de tuchtrechtspraak dat het moment van overdracht van een patiënt nogal eens voor problemen zorgt. In het geval de overdracht plaatsvindt tussen specialist en arts-assistent zou er volgens de tuchtrechter een protocol moeten zijn die deze verhouding regelt.

Uit de tuchtrechtspraak is tevens op te maken dat in bepaalde gevallen de taakverdeling op de afdeling gewijzigd dient te verlopen. Het mag niet gebeuren dat een patiënt die voor een second opinion komt pas na vier maanden door een specialist wordt gezien. Een dergelijke systeemfout op een afdeling kan het afdelingshoofd tuchtrechtelijk aangerekend worden.

De verantwoordelijkheidstoedeling op een afdeling blijkt zowel in de dagelijkse praktijk van de SHA van het UMCG als in de tuchtrechtspraak een knelpunt te zijn. In dit kader is het van belang dat er een regeling bestaat die het hoofd- en medebehandelaarschap regelt. Het UMCG beschikt over een kaderregeling, deze dient door de afdelingen ingevuld te worden.

Een soort 'collectieve' aansprakelijkheid van artsen in een maatschap voor het handelen van één der artsen is ook mogelijk. Als zij hun beleid dusdanig hebben ingericht dat niet één arts de hoofdbehandelaar is dragen zij collectief de verantwoording voor de patiënt.

Ook de bekwaamheid van een arts speelt een rol bij verantwoordelijkheidstoedeling. In de relatie supervisor versus arts-assistent dient de supervisor op de hoogte te zijn van de bekwaamheid van de arts-assistent. Aan de hand van de mate van bekwaamheid van de arts-assistent dient de supervisor zijn beleid af te stemmen. De tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van een supervisor voor het handelen van een arts-assistent neemt wel af naarmate de arts-assistent in zijn opleiding vordert. De tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid komt dan steeds meer op de arts-assistent zelf te liggen.

Een ander probleem doet zich voor als het aan onervaren arts-assistenten wordt overgelaten te beoordelen of een bepaald geval een dermate grote moeilijkheidsgraad behelst dat het hun eigen bekwaamheid overstijgt.

### 4.2 Analyse van de bezetting van de afdeling

#### 4.2.1 Afstemming beleid op bezetting

Uit de tuchtrechtspraak komt naar voren dat artsen hun beleid dienen af te stemmen op de personele bezetting van

de afdeling.<sup>60</sup> Als de arts op de hoogte is van de geringe bezettingsgraad in de avonduren en het weekend zal hij hiervoor maatregelen moeten treffen. Treft hij deze niet, en lijdt de patiënt als gevolg hiervan schade, dan kan de arts tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn.

Artikel 47 Wet BIG bevat twee tuchtnormen waarvoor een arts of andere beroepsbeoefenaar tuchtrechtelijk ter verantwoording kan worden geroepen.

De eerste norm kan worden gezien als een zorgvuldigheidsnorm voor het handelen ten opzichte van degene die hulp behoeft, de tweede norm als een zorgvuldigheidsnorm voor het niet persoonsgebonden handelen van de beroepsbeoefenaar. Beide normen zijn abstract geformuleerd en niet verder geconcretiseerd in de Wet BIG. Deze nadere invulling van deze normen geschiedt onder andere door de 'professionele standaard'.<sup>61</sup>

De 'professionele standaard' kan worden omschreven als een geïntegreerd geheel van maatschappelijke en professionele waarden en normen, rechtsregels en algemeen aanvaarde uitgangspunten voor de zorg.<sup>62</sup> Men kan stellen dat het goed hulpverlenerschap en de verplichting voor de hulpverlener tot het leveren van verantwoorde zorg onder deze standaard vallen.<sup>63</sup> Het afstemmen van het eigen beleid van de arts op de bezettingsgraad van de afdeling kan men zien als een van de verplichtingen die voortvloeien uit het vereiste van verantwoorde zorg.

Komt de arts deze verplichtingen niet na doordat hij zijn beleid niet afstemt op een geringe personele bezetting, doordat hij bijvoorbeeld niet met duidelijke instructies overdraagt of tussentijds niet informeert naar de toestand van de patiënt, dan kan hij de eerste tuchtnorm uit artikel 47 Wet BIG schenden. De tuchtrechter kan, al naar gelang de ernst van de situatie, een maatregel opleggen. Hierbij heeft de tuchtrechter de keuze uit een waarschuwing, een berisping, een geldboete van maximaal 4500 euro, een schorsing, het gedeeltelijk ontzeggen van de bevoegdheid

en tot slot de doorhaling van de inschrijving in het BIG-register.

De arts kan ook civielrechtelijk aansprakelijk zijn voor schade bij patiënten als gevolg van een geringe personele bezetting van de afdeling. Civielrechtelijke aansprakelijkheid volgt uit het Burgerlijk Wetboek met daarin de regeling inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De regeling heeft tot doel het versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de patiënt. Zij is ingebed in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De algemene bepalingen inzake opdracht en overeenkomst uit het Burgerlijk Wetboek zijn van overeenkomstige toepassing bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst.<sup>64</sup> Voor medische aansprakelijkheid is vereist dat er sprake is van een toerekenbare tekortkoming, schade en een causaal verband tussen de toerekenbare tekortkoming en de opgetreden schade. In medische aansprakelijkheidszaken wordt sinds de jaren negentig door de rechter aan het volgende criterium getoetst: 'de zorgvuldigheid die onder de omstandigheden van het concrete geval van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mag worden verwacht'.<sup>65</sup> De norm waaraan getoetst moet worden ligt sinds de invoering van de WGBO in 1995 vast in artikel 7:453 BW. In de literatuur wordt aangenomen dat de het hierboven weergegeven criterium inhoudelijk overeenkomt met de norm uit 7:453 BW.<sup>66</sup> Ook de Hoge Raad is deze mening toebedeeld.<sup>67</sup> Artikel 7:453 BW bepaalt dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Door de

<sup>60</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/068

<sup>61</sup> De Die & Hoorenman 2003, p. 55-56

<sup>62</sup> De Die & Hoorenman 2003, p.56-58

<sup>63</sup> Legemaate red. 1998, p.23

<sup>64</sup> Legemaate red. 1998, p.3

<sup>65</sup> HR 9 november 1990, NJ 1991/26

<sup>66</sup> W.R. Kastelein in Klaassen (red.) 2003, p. 55,56 en C.J.J.M. Stolker in Legemaate red. 1998, p. 129

<sup>67</sup> Zie bijvoorbeeld HR 12 juli 2002, NJ 2003/151 en HR 8 december 2000, NJ 2001/122

summiere toelichting op artikel 7:453 BW is niet duidelijk hoe dit artikel zich verhoudt tot artikel 6:74 BW (toerekenbaar tekortschieten), 6:162 BW (onrechtmatige daad) en 6:170 BW (aansprakelijkheid voor ondergeschikten).<sup>68</sup>

Men zou kunnen betogen dat het niet afstemmen van het beleid van een arts op de geringe bezetting van een afdeling niet overeenkomt met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelende beroepsgeenoot mag worden verwacht. In dat geval zou, mits aan de overige vereisten van artikel 6:74 BW (of 6:162 BW in geval dat er geen overeenkomst is) is voldaan, een beroep op aansprakelijkheid kunnen slagen. Naast de arts kan ook het ziekenhuis civielrechtelijk worden aangesproken en wel op grond van artikel 7:462 BW. In het geval dat het voor de eiser niet duidelijk is wie hij kan aanspreken kan hij middels dit artikel het ziekenhuis aansprakelijk stellen.<sup>69</sup> Overigens kan de aansprakelijkheid van een hulpverlener niet worden uitgesloten ex. artikel 7:463 BW.

#### 4.2.2 Verantwoordelijkheid directeur-patiëntenzorg

Uit de tuchtrechtspraak blijkt dat meerdere malen is getracht om een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg tuchtrechtelijk verantwoordelijk te houden voor de gebrekkige organisatie van de zorg, bijvoorbeeld voor een geringe bezetting van een afdeling in een ziekenhuis.

Door regionale tuchtcolleges is meermaals aangenomen dat een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg tuchtrechtelijk kan worden aangesproken op tekortkomingen in zijn functie-uitoefening. Zo is door het RTC in Amsterdam overwogen dat een directeur-patiëntenzorg, onverlet de eigen professionele verantwoordelijkheid van de aan het ziekenhuis verbonden medici, mede verantwoordelijk is voor tekortkomingen in

de organisatiestructuur en het functioneren van de zorgverlening in het ziekenhuis.<sup>70</sup>

De tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de directeur-patiëntenzorg is gebaseerd op de tweede tuchtnorm. De opvatting van de regionale tuchtcolleges wordt gestaafd door de memorie van toelichting van de Wet BIG.<sup>71</sup> Hierin wordt gesteld dat de tekortkomingen ter zake waarvan de ingeschrevene tuchtrechtelijk ter verantwoording kan worden geroepen niet uitsluitend fouten betreffen die in de uitoefening van het beroep waarop de inschrijving –via de term hoedanigheid – ziet, worden begaan. Met andere woorden; een ingeschrevene (een arts) kan ook voor fouten die zijn begaan buiten zijn hoedanigheid als arts, tuchtrechtelijk ter verantwoording worden geroepen. Het CTG is echter een andere mening toegedaan. Uit rechtspraak van het CTG blijkt dat zij het functioneren van een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg niet onderworpen acht aan de tuchtrechtspraak.<sup>72</sup> De taken van een directeur-patiëntenzorg vallen volgens het CTG niet onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg krachtens artikel 1 Wet BIG. Het beroep van directeur-patiëntenzorg wordt in artikel 47 Wet BIG ook niet vermeld als een hoedanigheid die valt onder de werkingssfeer van de tuchtrechtspraak. Omdat de taken van de arts in hoedanigheid als directeur niet vallen onder het bereik van de Wet BIG, is de tuchtrechter niet bevoegd om hier uitspraak over te doen. Ook in geval van nadelige gevolgen van een geringe bezetting op een afdeling is het CTG van mening dat een directeur-patiëntenzorg hiervoor niet tuchtrechtelijk aansprakelijk kan worden gehouden.<sup>73</sup> Bij de evaluatie van de Wet BIG, worden de recente uitspraken van het CTG aangaande de interpretatie van de tweede tuchtnorm discutabel genoemd.<sup>74</sup> Het kabinet deelt echter de opvatting van het CTG over de wijze van

<sup>68</sup> W.R. Kastelein in Klaassen (red.) 2003, p. 56

<sup>69</sup> Leenen/ Gevers 2007, p. 189

<sup>70</sup> RTC Amsterdam 16 februari 1999, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1999/35

<sup>71</sup> Kamerstukken II, 1985/1986, 19 522 nr. 3 p. 74

<sup>72</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/067 en CTG 13 februari 2001, 1999/210

<sup>73</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/067

<sup>74</sup> Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 205

interpretatie van de tweede tuchtnorm. Het kabinet heeft tot uitgangspunt genomen dat alle activiteiten die een beroepsbeoefenaar in zijn hoedanigheid van zorgverlener beroepsmatig uitoefent onder het bereik van het tuchtrecht vallen. Dit betekent dat alle handelingen en besluiten die genomen worden door BIG-geregistreerde zorgverleners in een andere hoedanigheid, bijvoorbeeld in de hoedanigheid van manager, niet onder het bereik van de tweede tuchtnorm vallen.

Vooralsnog zijn er onduidelijkheden met betrekking tot de interpretatie van de tweede tuchtnorm, het kabinet is echter voornemens meer duidelijkheid te verschaffen omtrent deze wijze van interpretatie.<sup>75</sup>

Een instelling, bijvoorbeeld een ziekenhuis, is op grond van artikel 2 KZI verplicht tot het leveren van verantwoorde zorg. Het ziekenhuis dient de bezetting van de afdeling af te stemmen op de zorgvraag, en is verplicht voldoende gekwalificeerd personeel in te zetten.<sup>76</sup>

De IGZ is belast met toezicht en handhaving van de KZI. De IGZ staat daarvoor een aantal handhavingsmaatregelen ter beschikking. Afhankelijk van de ernst van het geval kan dat een stimulerende, corrigerende, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel zijn. Uiteraard zijn de laatste twee maatregelen het zwaarst van aard. De IGZ hoeft de maatregelen niet in volgorde van zwaarheid op te leggen. De inspectie kan ook al bij een eerste overtreding, al naar gelang de ernst van de situatie, naar het zwaarste instrument grijpen.<sup>77</sup>

Mocht er zich door een structurele geringe bezetting van een afdeling gevaar voor patiënten voordoen, en de verplichting tot het leveren van verantwoorde zorg komt in het geding, dan kan de IGZ ingrijpen.

#### 4.2.3 Terugkoppeling SHA UMCG

Uit de huidige praktijk van de SHA op het UMCG kan men afleiden dat de personele bezetting op de SHA niet

<sup>75</sup> Kamerstukken II, 2008/2009, 31 700 XVI, nr.89 p. 8-10

<sup>76</sup> De Die & Hoorenman 2003, p. 39

<sup>77</sup> IGZ-handhavingkader, richtlijn voor transparante handhaving, 12 december 2008, p. 3, 6 [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

optimaal is. Op de SHA zijn voornamelijk arts-assistenten in opleiding tot specialist aanwezig. Specialisten zijn beschikbaar op oproepbasis. Uit de gesprekken met dr. ter Maaten is gebleken dat de personele bezetting vooral in de avonduren en het weekend gering is. Juist in de avonduren en het weekend is het echter van belang dat er voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig is. Het niet aanwezig zijn van of het moeten wachten op een specialist kan grote gevolgen hebben.<sup>78</sup> Ook overdag moet er nogal eens worden gewacht op de komst van een arts-assistent of specialist die van een andere afdeling moeten komen. De situatie dat arts-assistenten of specialisten niet altijd op de SHA aanwezig zijn is geen ideale maar wel een reële situatie. In de gezondheidszorg zijn de mogelijkheden en mankracht beperkt. Toch moet er wel worden voldaan aan het vereiste van het verlenen van verantwoorde zorg. Gegeven de huidige situatie van personele bezetting op de SHA kan men stellen dat de verantwoorde zorg in het geding kan komen. Natuurlijk zit een fout in een klein hoekje, maar als patiënten door de geringe personele bezetting schade lijden, dan kan in dat geval verantwoorde zorg wel degelijk in het geding komen. Hierbij kan men denken aan de situatie dat een specialist, doordat hij van een andere afdeling of van huis moet komen, laat arriveert bij een patiënt met complexe specialistische klachten, waardoor blijvende schade is ontstaan, terwijl deze schade bij tijdige behandeling voorkomen had kunnen worden. Als de geringe bezettingsgraad van een afdeling tot schade leidt bij een patiënt, dan kan het ziekenhuis niet voldoen aan het verlenen van verantwoorde zorg, ex. artikel 2 KZI. Het ziekenhuis dient er zorg voor te dragen dat de personele bezetting op afdelingen dusdanig is, dat dit redelijkerwijs leidt tot verantwoorde zorg. Uit tuchtrechtspraak van het CTG bleek al dat een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden voor de geringe personele bezetting van een afdeling.<sup>79</sup> Gezien het kabinetsstandpunt zal het in de toekomst waarschijnlijk ook niet mogelijk zijn om een arts in

<sup>78</sup> Zie bijvoorbeeld CTG 20 januari 2005, 2002/068

<sup>79</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/067

hoedanigheid van een directeur-patiëntenzorg tuchtrechtelijk verantwoordelijk te houden. Naast dat er op grond van de KZI een rol voor het ziekenhuis is weggelegd voor de personele bezetting van een afdeling, dient ook de arts zelf rekening te houden met een geringe personele bezetting. Uit tuchtrechtspraak blijkt dat een arts die op de hoogte is van een geringe personele bezetting op een afdeling, zijn beleid hierop dient aan te passen.<sup>80</sup> Dit kan voor de praktijk van de SHA bijvoorbeeld betekenen dat een arts een patiënt met duidelijke instructies dient over te dragen. Ook kan het betekenen dat de arts zich buiten diensttijd laat informeren over het verloop van de patiënt. De arts moet ook zorg dragen voor het verlenen van verantwoorde zorg.

Met de nieuwe opzet van de SHA van het UMCG is mogelijk al een stap gezet naar een meer verantwoorde zorg. Door de nieuwe opzet worden vier tot zes SEH-artsen toegevoegd aan de personele bezetting van de SHA. De SEH-artsen kunnen bijdragen aan de bezettingscontinuïteit van de SHA. Zo wordt door de nieuwe opzet van de SHA zowel overdag als 's nachts en in het weekend de aanwezigheid van een arts die klaar is met zijn opleiding tot SEH-arts, gegarandeerd. De SEH-arts is alleen verbonden aan de SHA, waar andere arts-assistenten en specialisten aan de afdeling van hun specialisme verbonden zijn. De continue aanwezigheid van een arts die gespecialiseerd is in spoedeisende hulp op de SHA kan de verantwoorde zorg ten goede komen. De SEH-arts kan bijvoorbeeld reeds beginnen met het behandelen van een patiënt, terwijl gewacht wordt op een specialist van een andere afdeling. In sommige gevallen kan de SEH-arts een patiënt direct zelfstandig behandelen en hoeft een specialist niet opgeroepen te worden. De SEH-arts kan aan een snellere behandeling bijdragen. Op deze manier kan schade, door het te lang uitblijven van behandeling, voorkomen worden. Dit kan uiteraard meer verantwoorde zorg opleveren.

---

<sup>80</sup> CTG 20 januari 2005, 2002/068

Een meer verantwoorde zorg kan op zijn beurt een positieve uitwerking hebben binnen het ziekenhuis en de artsen. Als het ziekenhuis een verbetering in de personele bezetting van een afdeling doorvoert, voldoet het beter aan het vereiste van verantwoorde zorg. Voor artsen geldt, als de personele bezetting van een afdeling meer voldoet aan de zorgvraag, dat zij daar nog steeds hun beleid met betrekking tot de patiënt op aan dienen te passen, maar dan mogen zij er gegeven de betere bezetting eerder van uit gaan dat verantwoorde zorg geleverd wordt.

### 4.3 Analyse van de taakverdeling op de afdeling

#### 4.3.1 Duidelijke afspraken en communicatie

Uit de medische praktijk en de tuchtrechtspraak blijkt dat de taakverdeling op een afdeling problemen kan oproepen. Valkuilen zijn vaak het overdrachtsmoment en onduidelijke communicatie tussen artsen onderling. Artsen dienen duidelijke afspraken te maken bij de overdracht van een patiënt. Men moet het beleid en bijbehorende taken duidelijk overdragen.<sup>81</sup> Een duidelijke overdracht en goede communicatie tussen artsen onderling is noodzakelijk voor het verlenen van verantwoorde zorg. Mocht er als gevolg van een gebrekkige overdracht een nadelig gevolg voor een patiënt zijn ontstaan, dan kan de betrokken arts daarop worden aangesproken. De tuchtnorm uit artikel 47 Wet BIG kan in zulks geval geschonden zijn. Civielrechtelijke aansprakelijkheid op grond van toerekenbare tekortkoming ex. artikel 6:74 BW is wellicht ook mogelijk. Hiervoor moet beargumenteerd worden dat het doen van een gebrekkige overdracht niet overeenkomt met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelende beroepsgeenoot mag worden verwacht. Daarnaast moet aan de vereisten van artikel 6:74 BW worden voldaan.

---

<sup>81</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. , nr. 184-186 (II 4)

#### 4.3.2 Tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid afdelingshoofd

Uit de tuchtrechtspraak valt tevens op te maken dat in bepaalde gevallen de taakverdeling op de afdeling gewijzigd dient te verlopen.<sup>82</sup> Bijvoorbeeld in het geval van een second opinion, moet een patiënt direct door een specialist worden gezien. Is dit niet het geval, dan kan sprake zijn van een systeemfout op de afdeling. De tuchtrechter kan het afdelingshoofd hiervoor tuchtrechtelijk verantwoordelijk achten. Het kabinet deelt dit standpunt en is van mening dat coördinatoren of clusterhoofden van een afdeling die een coördinerende rol vervullen in de hulpverlening aan een patiënt (dus zonder dat sprake is van een individuele behandelrelatie met die patiënt), ook onder de reikwijdte van de tweede tuchtnorm kunnen vallen, indien zij handelen in de hoedanigheid van hulpverlener en door het handelen of nalaten het openbare (algemene) belang van een goede individuele gezondheidszorg in het geding komt. Als het afdelingshoofd echter alleen managementtaken uitoefent, dan zullen deze worden uitgevoerd in de hoedanigheid van manager en kan hij niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden geacht.<sup>83</sup>

#### 4.3.3 Protocollering

In een tuchtrechtelijke uitspraak over een gebrekkige overdracht van een patiënt, wijst de tuchtrechter specifiek op het ontbreken van een protocol die de verhouding tussen arts-assistenten en de specialist-achterwacht regelt.<sup>84</sup> Een protocol dat de verhoudingen en taken duidelijk en helder weergeeft kan bijdragen aan een meer verantwoorde zorg. Een dergelijk protocol leidt immers tot minder onduidelijkheid en zodoende wellicht ook tot minder fouten.

Een verhoudingsprotocol kan deel uit maken van de taakverdeling op de afdeling. Taakverdeling op een afdeling valt gezien de rechtspraak onder de verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd.<sup>85</sup> Mocht tuchtrechtelijke

verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd, door de criteria die daaraan gesteld zijn, in dit geval niet mogelijk zijn, dan kan het ziekenhuis daarnaast op grond van de KZI verantwoordelijk zijn.

De instelling op grond van artikel 2 KZI is verplicht tot het leveren van verantwoorde zorg. Ook is de instelling ingevolge artikel 4 KZI verplicht tot het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Nu het instellen en naleven van een dergelijk protocol kan bijdragen aan een meer verantwoorde zorg, en de instelling ook verplicht is tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg ligt hier zeker een taak voor de instelling.

Handhaving in het kader van de KZI is weggelegd voor de IGZ. Een patiënt kan de inspecteur op de hoogte stellen van mogelijke misstanden, het is dan aan de IGZ om te beslissen of er actie ondernomen wordt.

#### Terugkoppeling SHA UMCG

Bezien we de voorgaande punten in het licht van de SHA van het UMCG, dan blijkt dat ook op dit vlak nog ruimte is voor verbetering.

Binnen een afdeling als de SHA, die constant te maken krijgt met wisselend personeel van verschillende niveaus en specialismen, is een goede en duidelijke communicatie van belang. Nadelige gevolgen van onduidelijke communicatie laten zich in de praktijk en rechtspraak vooral zien bij het moment van overdracht van een patiënt. Als de patiënt schade lijdt door een gebrekkige overdracht kan de arts, die de overdracht deed, tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden. Het bereiken van open en heldere communicatie behoort tot de verantwoordelijkheid van de arts.

Het afdelingshoofd kan tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor een systeemfout in de taakverdeling op de afdeling. Dit kan logischerwijs ook gelden voor het afdelingshoofd van de SHA.

Een protocol dat verhoudingen en taakverdeling regelt is van belang op de SHA. Als verhoudingen en taken duidelijk geregeld zijn in een protocol kan dit de verantwoorde zorg ten goede komen. Gezien de mogelijke tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd in dit geval, ligt de verantwoordelijkheid omtrent de invoering van een dergelijk protocol ook bij hem. Het ziekenhuis moet, in het

<sup>82</sup> CTG 8 maart 2007, 2004/217

<sup>83</sup> Kamerstukken II, 2008/2009, 31 700 XVI, nr.89 p. 9,10

<sup>84</sup> Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p., nr. 184-186 (II 4)

<sup>85</sup> CTG 8 maart 2007, 2004/217

kader van haar verplichting tot het leveren van verantwoorde zorg, op de implementatie van het protocol toezien.

De verandering in de taakverdeling, die noodzakelijk is door de komst van de SEH-arts op de SHA, biedt een mogelijkheid om de nieuwe verhoudingen vast te leggen in protocollen.

#### 4.4 Analyse van de verantwoordelijkheidstoedeling binnen de afdeling

##### 4.4.1 Hoofdbehandelaarschap

Net als bij taakverdeling is bij de verantwoordelijkheidstoedeling communicatie ook een belangrijke factor. Het moet op elk moment, bij iedereen duidelijk zijn onder wiens verantwoordelijkheid een patiënt valt. In het geval van acute problemen met een patiënt dient de hoofdbehandelaar direct ingelicht te kunnen worden. Het is in het belang van verantwoorde zorg dat de hoofdbehandelaar op elk moment bekend is. Bij zowel artsen, personeel als patiënt. De tuchtrechter stipte het belang van het bestaan van een protocol dat de eindverantwoordelijkheid op de SHA regelt al eens eerder aan.<sup>86</sup>

De IGZ heeft ziekenhuizen, in het kader van een meer verantwoorde zorg, verplicht een ziekenhuisbrede regeling te implementeren die het hoofd- en medebehandelaarschap regelt. De IGZ kan dit op grond van de KZl van instellingen verlangen. De instelling is bovendien verplicht te voorzien in een degelijke verantwoordelijkheidstoedeling ingevolge artikel 3 KZl.

Naast de verantwoordelijkheidstoedeling per arts is er ook een mogelijkheid tot een soort 'collectieve' verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Het CTG heeft

dit al eens bepaald in een zaak tegen een maatschap gynaecologen.<sup>87</sup>

Ook in de politiek blijkt dat er behoefte bestaat aan een 'collectieve' verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Het kabinet acht het wenselijk dat de mogelijkheid wordt geopend om een klacht in te dienen tegen een collectief van beroepsbeoefenaren dat voor een patiënt in teamverband heeft gewerkt. Als voorwaarde geldt wel dat het beroepsbeoefenaren betreft die onder het tuchtrecht vallen. De klager/patiënt hoeft dan niet meer vooraf precies te weten welke beroepsbeoefenaar welke fout heeft gemaakt. Dit is door de toegenomen complexiteit van de zorgverlening vooraf namelijk steeds minder makkelijk vast te stellen.<sup>88</sup>

##### 4.4.2 Triagesysteem

Ook het triagesysteem draagt bij aan de problemen bij de verantwoordelijkheidstoedeling. De triageverpleegkundige bekijkt onder welk specialisme de klachten van de patiënt vallen. Als een patiënt vage klachten vertoont kan het voorkomen dat de patiënt bij een verkeerd specialisme wordt ingedeeld. Vervolgens wordt de patiënt aan een ander specialisme overgedragen. Door dit triagesysteem kan er vertraging en onduidelijkheid ontstaan.

Als door deze vertraging in de zorgverlening en onduidelijkheid schade ontstaat bij een patiënt kan daar een aansprakelijkstelling uit volgen.

Mocht de verantwoorde zorg in het gedrang komt door het huidige triagesysteem dan ligt er een taak voor het ziekenhuis om hier iets aan te doen. Verandering van het triagesysteem kan bijdragen aan een verbeterde verantwoorde zorg. In het kader van verantwoorde zorg dient de instelling toe te zien op de organisatie van een afdeling ex. artikel 2 jo. 4 KZl en zo nodig verbeteringen aanbrengen. Ook is er een taak voor afdelingshoofden weggelegd, daar de organisatie van de afdeling onder hun verantwoordelijkheid valt.

---

<sup>86</sup> RTC Eindhoven, 6 april 2007, 2007/59d

---

<sup>87</sup> CTG 4 maart 2004, 2002/224

<sup>88</sup> Kamerstukken II, 2008/2009, 31 700 XVI, nr.89 p. 8,9



#### 4.4.3 Bekwaamheid

De bekwaamheid van een arts speelt eveneens een rol bij de verantwoordelijkheidstoedeling. De supervisor dient rekening te houden met de mate van bekwaamheid van de arts-assistent. Om hiermee rekening te kunnen houden dient de arts op de hoogte te zijn van de bekwaamheid van de arts-assistent. Met andere woorden: de supervisor moet zich vergewissen van de bekwaamheid van degene die hij superviseert. Dat deze vergewissing lastig kan zijn blijkt bijvoorbeeld in een groot ziekenhuis waar het moeilijk is om al het personeel te kennen. Laat staan de bekwaamheid van het personeel.

Men kan ook denken aan een afdeling waarbij de samenstelling voortdurend wisselt, waardoor supervisors geen goed beeld kunnen krijgen van de bekwaamheid van een arts-assistent. De SHA is bij uitstek het voorbeeld van een dergelijke afdeling.

Vergewissing van de bekwaamheid van de gesuperviseerde is noodzakelijk om te voldoen aan verantwoorde zorg. Afstemming op de mate van bekwaamheid ook. Gebeurt dit niet, en ontstaat als gevolg daarvan schade bij de patiënt, dan kan de supervisor daarmee de tuchtnorm van artikel 47 Wet BIG schenden.

Een ander probleem doet zich voor als het aan onervaren arts-assistenten wordt overgelaten te beoordelen of een bepaald geval een dermate grote moeilijkheidsgraad behelst dat het hun eigen bekwaamheid overstijgt. Dit probleem zou men kunnen koppelen aan de SEH-arts. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

#### 4.4.4 Terugkoppeling SHA UMCG

Voorgaande punten in ogenschouw genomen, kan men concluderen dat er ook op het vlak van de verantwoordelijkheidstoedeling valkuilen te bespeuren zijn. De IGZ heeft het UMCG verplicht om een ziekenhuisbrede regeling in werking te stellen die het hoofd- en medebehandelaarschap regelt.<sup>89</sup> Het UMCG is inmiddels in het bezit van een kaderregeling die dit regelt. Aan deze

regeling moet echter door alle afdelingen afzonderlijk invulling worden gegeven.

Volgens artikel 4 KZI is de instelling belast met het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hieruit volgt dat de instelling, in dit geval het UMCG, ook daadwerkelijk moet toezien en controleren dat elke afdeling een specifieke regeling bezit en deze regeling ook wordt nageleefd. Het kan niet volstaan met enkel het geven van een kaderregeling, maar heeft ook een bewakende, controlerende taak. Als het UMCG deze taak niet nakomt, kunnen daaraan gevolgen verbonden zijn. De IGZ ziet hier op toe en kan zo nodig maatregelen nemen.

Men dient bij het uitvoeren van deze regeling rekening te houden met het feit dat deze verplichting van de IGZ voorkomt uit het doel van transparante zorg voor de patiënt. De patiënt moet te allen tijde weten wie zijn hoofdbehandelaar is. Afdelingen moeten bij het implementeren van de kaderregeling rekening houden met de achterliggende gedachte van de regeling.

Buiten het belang van transparante zorg voor de patiënt, kan het direct duidelijk zijn van de hoofdbehandelaar ook bijdragen aan de verantwoorde zorg. Als fouten en schade voor de patiënt voorkomen kunnen worden, doordat meteen duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is, dan dient aan de regeling op zodanige manier invulling te worden gegeven, dat ook direct duidelijk wordt wie de hoofdbehandelaar is.

Het triagesysteem op de SHA kan in gevallen waarin dit voor vertraging en onduidelijkheid zorgt een risico vormen voor de verantwoorde zorg. De SEH-arts kan bijdragen aan een oplossing voor dit probleem. De SEH-arts kan ook als filter fungeren tussen patiënten en specialisten. Zijn taak is het behandelen van zelfverwijzers. Te complexe klachten verwijst hij naar een ander specialisme. In deze setting zou de SEH-arts een rol in de triage vervullen. Als hierdoor vertraging en onduidelijkheid vermeden kan worden levert dit een meer verantwoorde zorg op.

Bekwaamheid van artsen en arts-assistenten is een veel voorkomend onderwerp in de tuchtrechtspraak en laat ook de SHA van het UMCG niet ongemoeid.

<sup>89</sup> Brief Raad van Bestuur UMCG 17 november 2008 228.137/RvB

Door de wisselende samenstelling van de SHA en de grootte van het UMCG is het moeilijk voor een supervisor om op de hoogte te zijn en te blijven van de bekwaamheid van zijn arts-assistenten. Toch moet er een manier gevonden worden, waardoor dit voor supervisors duidelijk is. Zij dienen immers hun eigen beleid hierop aan te passen.<sup>90</sup>

Een mogelijke oplossing zou zijn het invoeren van een instaptoets en herhalingsstoetsen voor alle arts-assistenten die op de SHA werken. Als voldaan is aan de vereisten die de toets stelt, mag men uitgaan van een bepaald niveau van bekwaamheid. Een dergelijke toets kan de supervisor helpen bij het vergewissen van de bekwaamheid van zijn gesuperviseerde. Hier is zowel een taak weggelegd voor het afdelingshoofd als het ziekenhuis. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de organisatie van de afdeling. Het ziekenhuis is in het kader van verantwoorde zorg verplicht om voldoende gekwalificeerd personeel in te zetten. In een opleidingssituatie doet het ziekenhuis er verstandig aan om een bepaalde mate van bekwaamheid te garanderen als dit door de omvangrijkheid van het aantal arts-assistenten niet goed in te schatten is door supervisors.

De SEH-arts zal in de nieuwe opzet van de SHA van het UMCG de zelfverwijzers behandelen. Mochten de klachten van de patiënt te complex zijn dan dient de SEH-arts de patiënt over te dragen aan een specialist. De vraag rijst nu of een SEH-arts ook genoeg weet van andere specialismen om te beoordelen of een patiënt dermate complexe klachten vertoont en aan een specialisme overgedragen dient te worden. Mocht de SEH-arts hier niet bekwaam genoeg voor zijn dan kan de verantwoorde zorg in het geding komen.

#### 4.5 Analyse van ontwikkelingen in de gezondheidszorg

---

<sup>90</sup> Zie bijvoorbeeld Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 372-375 (1 100)

In de tuchtrechtspraak en bij de invulling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg nemen organisatorische aspecten een steeds belangrijkere plaats in. Het is dus van belang dat er in de praktijk stappen worden gezet om de organisatorische aspecten op orde te krijgen, zodat wordt voldaan aan de eisen van de tuchtrechter en de eisen die in de literatuur worden gesteld.

In de politiek zijn ontwikkelingen gaande op het gebied van kwaliteit en verantwoorde zorg. De zorg moet transparanter worden voor patiënten. Patiënten krijgen zeven 'basisrechten' in de gezondheidszorg, waaronder het recht op kwaliteit en veiligheid en het recht op afstemming tussen zorgverleners.<sup>91</sup> Door de komst van deze rechten wordt de positie voor de patiënt versterkt. Deze rechten bestonden impliciet natuurlijk altijd al, maar door de verdere codificering van al deze rechten kunnen patiënten er zich direct op beroepen.

Er dienen aanpassingen plaats te vinden in de praktijk om te kunnen voldoen aan deze rechten. Bij het doorvoeren van aanpassingen in de praktijk dient men rekening te houden met de achterliggende gedachte van de 'nieuwe' rechten. Namelijk dat die er zijn ter bescherming van de patiënt en ter versterking van de rechtspositie van de patiënt. Waarschijnlijk zal dit in het veld op weerstand stuiten. Er zal naar alle waarschijnlijkheid meer tijd besteed moeten worden aan administratieve aspecten om de rechten van patiënt te waarborgen.

#### 4.6 Beroepsgroep Spoedeisende Hulp-artsen

De SEH-artsen zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA). Deze vereniging heeft tot doel de kwaliteit van de spoedeisende geneeskunde te borgen en te bevorderen alsmede de beroepsbelangen van de SEH-arts en de SEH-arts in opleiding te behartigen.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Kamerstukken II 2007-2008, 31 476, nr. 1

<sup>92</sup> [www.nvsha.nl](http://www.nvsha.nl)

In dit kader streeft de NVSHA ernaar om op korte termijn de SEH-arts als zelfstandig specialist te laten erkennen door de Medisch Specialisten Registratie Commissie. Zo ver is men nog niet. Op 1 januari 2009 treedt het door het Centraal College Medische Specialisten (CCMS) goedgekeurde Besluit Spoedeisende Geneeskunde in werking. Dit besluit omvat de opleidings- en erkenningseisen voor het profiel Spoedeisende Geneeskunde. Door deze erkenning heeft de SEH-arts niet langer alleen de status van basisarts. Hij is hiermee echter nog geen specialist. De erkenning brengt tevens met zich mee dat de opleidingseisen nu uniform geregeld zijn. Door deze opleidingseisen is een bepaald niveau van opleiding gegarandeerd. Dit komt de kwaliteit van zorg ten goede. In lijn hiermee komt ook het resultaat, van het verdere streven van de NVSHA naar zelfstandige erkenning van de SEH-arts als specialist, de kwaliteit van zorg ten goede.

## 5 Conclusies, aandachtspunten en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken zijn de huidige situatie op de SHA, de daarbij voorkomende knelpunten en de juridische aspecten daarvan thematisch in kaart gebracht. Aan de hand daarvan wordt in dit hoofdstuk een aantal conclusies per thema geformuleerd. Daarna zullen aandachtspunten en aanbevelingen volgen.

### 5.1 Conclusies

#### 5.1.1 Bezetting van de afdeling

- De personele bezetting van de SHA in het UMCG is op gezette tijden, zoals in de avonduren en het weekend, gering. Vaak moet er dan met de behandeling van een patiënt gewacht worden tot de specialist of arts-assistent gearriveerd is. Overdag is de bezetting van de SHA ook niet altijd optimaal. Ook dan moet er wel eens gewacht worden op de komst van een specialist of arts-assistent die zich op een andere afdeling bevindt.

- De arts dient, als hij op de hoogte is van de geringe personele bezetting van de afdeling, zijn beleid hierop af te stemmen. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de arts zijn patiënt met duidelijke instructies overdraagt of zich buiten diensttijd laat informeren over de status van zijn patiënt. Vindt deze beleidsafstemming niet plaats, en lijdt de patiënt hierdoor schade, dan kan de arts tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden. Mogelijk kan er ook sprake zijn van civielrechtelijke aansprakelijkheid van de arts, op grond van toerekenbaar tekortschieten ex. artikel 6:74 jo. 7:453 BW. Met betrekking tot de geringe personele bezetting van de afdeling heeft de arts dus ook een eigen verantwoordelijkheid.

- Net zoals de instelling en het afdelingshoofd heeft de directeur-patiëntenzorg een verantwoordelijkheid bij het bereiken van een toereikende personele bezetting op de afdeling. Een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg kan, volgens uitspraken van het CTG, niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden geacht voor een geringe personele bezetting. Dit laat echter onverlet dat een arts in hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg buiten de Wet BIG wel verantwoordelijkheden heeft op dit vlak.

- Door de nieuwe opzet van de SHA, de introductie van vier tot zes SEH-artsen, wordt de aanwezigheid van een SEH-arts in de avonduren en weekenden gegarandeerd. Dit leidt tot een beter afgestemde personele bezetting van de SHA, en zo aan een beter verantwoorde zorg.

#### 5.1.2 Taakverdeling op de afdeling

- De arts moet zorg dragen voor een deugdelijke overdracht. Dit bereikt hij door helder en duidelijk te communiceren. Bijvoorbeeld: de arts dient de arts aan wie hij overdraagt uitdrukkelijk te informeren over de situatie, het ingestelde beleid en de verwachte ontwikkeling. In de tuchtrechtspraak zijn aanknopingspunten te vinden voor tuchtrechtelijke aansprakelijkheid als de arts tekortschiet op dit vlak.

- Het afdelingshoofd kan tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden voor een systeemfout in de taakverdeling op een afdeling. Hier ging het om een patiënt die om een second opinion vroeg en na vier maanden behandeling pas door een specialist gezien werd. Deze manier van taakverdeling laat zien dat er sprake is van een systeemfout in de organisatie van de afdeling.

### 5.1.3 Verantwoordelijkheidstoedeling binnen de afdeling

- De IGZ heeft ziekenhuizen verplicht een ziekenhuisbrede regeling te implementeren die het hoofd- en medebehandelaarschap regelt, vanuit het doel van transparante zorg voor de patiënt. De verplichting voor het UMCG komt voort uit artikel 3 KZI.

In het UMCG bestaat inmiddels een kaderregeling. Per afdeling wordt deze kaderregeling ingevuld. Het UMCG kan niet volstaan met enkel het voorzien in een kaderregeling, maar dient er ook op toe te zien dat deze wordt nageleefd. Afdelingen dienen bij het uitwerken van deze regeling rekening te houden met het doel van de regeling.

- Naast de individuele tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid bestaat nu ook de mogelijkheid tot 'collectieve' tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid, zo oordeelde het CTG al eens in een zaak tegen een maatschap gynaecologen. Ook het huidige beleid van de overheid is erop gericht de mogelijkheid van een 'collectieve' tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid toe te staan. Hierdoor zal een groep behandelaars van een patiënt zich voor de tuchtrechter moeten verantwoorden. De tuchtrechter zal dan per behandelaar de mate van verantwoordelijkheid bepalen.

- Supervisors moeten op de hoogte zijn van de bekwaamheid van de gesuperviseerde arts-assistent. Zij dienen hun eigen beleid met betrekking tot de patiënt namelijk af te stemmen op de mate van bekwaamheid van de gesuperviseerde.

- In het kader van de zorgvraag kan de vraag gesteld worden welke mate van bekwaamheid vereist is voor het werken op de SHA. Hier speelt met name de vraag of de SEH-arts bekwaam genoeg is om een specifiek specialistisch probleem te herkennen bij een patiënt en hierop vervolgens de patiënt over te dragen.

## 5.2 Aandachtspunten en aanbevelingen

Uit het onderzoek komt een aantal aandachtspunten en aanbevelingen naar voren.

### *Zorgvraag*

Het UMCG is krachtens de KZI verplicht de bezetting van de afdeling af te stemmen op de zorgvraag, en moet voldoende gekwalificeerd personeel in zetten.

### *Protocollering*

In het kader van problemen rondom de overdracht van patiënten en communicatie is een protocol dat verhoudingen op de werkvloer regelt aan te bevelen. Bij het instellen van een dergelijk protocol is een rol weggelegd voor het afdelingshoofd. Bij de controle op de naleving hiervan gaat de rol naar het ziekenhuis. Door de introductie van de SEH-arts moeten de taakverdeling op de SHA worden herzien. Deze introductie is een mooie gelegenheid om taken van artsen op de SHA opnieuw te verdelen, vast te leggen in protocollen en te zorgen dat deze nieuwe taakverdeling bij al het personeel op de SHA bekend is.

### *Triage*

De SEH-arts zou in de nieuwe opzet van de SHA een rol in de triage van patiënten kunnen vervullen. Nu gebeurt dat door de triage-verpleegkundige. Triage door de SEH-arts kan effectiever zijn, bijvoorbeeld door een snellere toedeling naar specialisme, en is daardoor aan te bevelen in het licht van verantwoorde zorg.

### *Bekwaamheid*

Op de hoogte zijn van de bekwaamheid van de gesuperviseerde is lastig in een groot ziekenhuis, en zeker op een afdeling als de SHA waar de personele samenstelling snel wisselt. Een instaptoets, eventueel aangevuld met herhalingstoetsen, die wordt afgelegd voordat personeel op de SHA komt werken, kan er toe bijdragen dat een zekere mate van bekwaamheid en kwaliteit van het personeel gegarandeerd wordt.

Wellicht kan het Wenckebach Instituut, dat zich richt op de ontwikkeling en opleiding van zorgprofessionals in het UMCG, betrokken worden bij het ontwikkelen van deze kennistoets.

#### *Kaderregeling*

De kaderregeling omtrent hoofd- en medebehandelaarschap die het UMCG nu bezit dient per afdeling ingevuld te worden. In april 2009 vindt een evaluatie van de implementatie van de regeling plaats in het UMCG.

#### *Locatiegebonden onderzoek*

Kenmerkend voor deze studie is dat deze gericht is op de lokale situatie in het UMCG. Het is, gezien de rechtspraak en literatuur, niet uitgesloten dat de problemen die zich in het UMCG voordoen landelijk van aard zijn. In dit licht is het aan te bevelen om het onderzoek bij meerdere ziekenhuizen in Nederland uit te voeren, zowel bij perifere als universitaire ziekenhuizen. Mogelijke oplossingen kunnen zo worden uitgewisseld.

### **5.3 Tot slot**

Na de bestudering van de praktijk, de bijbehorende knelpunten en de juridische aspecten daarvan is duidelijk dat er ruimte bestaat voor organisatorische verbeteringen en aanpassingen op de SHA.

Uit tuchtrechtspraak blijkt dat, naast de individuele verantwoordelijkheid van de zorgverlener, organisatorische aspecten van de zorg een steeds grotere rol spelen in het komen tot de vereiste kwaliteit van zorg. De overheid stelt steeds hogere eisen aan de kwaliteit van zorg en patiëntenrechten worden meer en meer versterkt. Deze verbeteringen en aanpassingen leveren een bijdrage aan een meer verantwoorde zorg en dienen daarom een hoge prioriteit te krijgen. In dit opzicht is de invoering van de SEH-arts op de SHA van het UMCG een stap in de goede richting.



## 6 Lijst van geraadpleegde en verkort aangehaalde bronnen

### Literatuur

- Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, G. Bulstra, T. Wiggers & J.H. Hubben, *Chirurg en tuchtrecht 1996-2007*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008
- A.F. Casparie e.a., *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*, Den Haag: ZonMw 2001
- P.J.A. Colsen & A.F. Casparie, 'Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis', *Medisch Contact*, 1995, 50, p. 279-299
- R. Crommentuyn, 'Fouten zijn geen natuurverschijnsel', *Medisch Contact*, 2008, 21, p. 908-911;
- Cuperus-Bosma e.a.2002, J.M. Cuperus-Bosma e.a., *Evaluatie wet op de beroepen in de gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw 2002
- De Die & Hoorenman 2003, A.C. de Die & E.M. Hoorenman, *De Wet BIG. De betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2003
- Dorscheidt & De Die 2008, J.H.H.M. Dorscheidt & A.C. de Die, *De toekomst van de Wet BIG. Preadvies 2008*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008
- M. Evenblij, 'Vaker op visite', *Medisch Contact*, 2008, 50, p. 2085-2087
- J.H. Hubben (red.), *Arts, patiënt en ziekenhuis. Nieuw civiel-, klacht- en tuchtrecht in de gezondheidszorg*, Deventer: Gouda Quint 1997
- D. Joeloem Singh, 'Heldere afspraken. Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg', *Medisch Contact*, 2007, 5, p.205
- W.R. Kastelein (red.), *Medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2003
- Klaassen (red.) 2003, C.J.M. Klaassen (red.), *Aansprakelijkheid in bedrijf, beroep of ambt*, Deventer: Kluwer 2003
- Leenen, Dute & Kastelein 2008, H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute & W.R. Kastelein, *Handboek gezondheidsrecht. Deel II Gezondheidszorg en recht*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2008
- Leenen, Gevers & Legemaate 2007, H.J.J. Leenen, J.K.M. Gevers & J. Legemaate, *Handboek gezondheidsrecht. Deel I Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2007
- J. Legemaate, *Studiepockets privaatrecht. Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg*, Deventer: Tjeenk Willink 1997
- Legemaate (red.) 1998, J. Legemaate (red.), *De Wgbo: van tekst naar toepassing*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 1998
- B. Meijer van Putten, 'Twaalf jaar tuchtrecht gynaecologie', *Medisch Contact*, 2005, 50, p. 2033-2035
- M.P. Simons c.s., 'Vijf jaar opleiding SEH-arts', *Medisch Contact*, 2005, 40
- Sluijs e.a. 2002, E. Sluijs e.a., *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken*, Utrecht: NIVEL 2002
- Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008, E.B. Van Veen & E.T.M. Olsthoorn-Heim, *De WGBO. De betekenis voor hulpverleners in de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008
- S. Verbogt & D.Y.A. Van Meersbergen, *Hoofdstukken over gezondheidsrecht*, Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff 2007



**Jurisprudentie**

- HR 9 november 1990, NJ 1991/26
- HR 8 december 2000, NJ 2001/122
- HR 12 juli 2002, NJ 2003/151
  
- Centraal Tuchtcollege, 13 februari 2001, 1999/210
- Centraal Tuchtcollege, 4 maart 2004, 2002/224
- Centraal Tuchtcollege, 16 december 2004, 2004/035
- Centraal Tuchtcollege, 20 januari 2005, 2002/067
- Centraal Tuchtcollege, 20 januari 2005, 2002/068
- Centraal Tuchtcollege 17 november 2005, Medisch Contact 2006, nr. 2, p. 64-67
- Centraal Tuchtcollege, 8 maart 2007, 2004/217
  
- Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 16 februari 1999, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1999/35
- Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 12 maart 2002, stcr. 2002, 85
- Regionaal Tuchtcollege Eindhoven, 6 april 2007, 2007/59d
- Regionaal Tuchtcollege Zwolle 13 december 2007, 2005/148
  
- Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 140-142 (I 29)
- Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 356-358 (I 95)
- Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 372-375 (I 100)
- Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 407-410 (I 106)
- Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 184-186 (II 4)

**Kamerstukken**

- Kamerstukken II, 1985/1986, 19 522 nr. 3
- Kamerstukken II, 2007/2008, 31 476, nr. 1
- Kamerstukken II, 2008/2009, 31 700 XVI, nr.89

**Internet**

- IGZ-handhavingkader, richtlijn voor transparante handhaving, 12 december 2008, [www.igz.nl](http://www.igz.nl)
- D. Joeloemsingh, 'Hoofdbehandelaarschap in ziekenhuizen onvoldoende geregeld', [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)
- [www.nvsha.nl](http://www.nvsha.nl)

**UMCG intern**

- Position Paper SEH-arts 2006
- Project Nieuwe opzet CSO 2006
- Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp Arts 2007
- Brief Raad van Bestuur UMCG 17 november 2008 228.137/RvB